

Helse og omsorg - kompetanseutnyttelse

Kvitsøy kommune, 2026



INNHOOLD

Oppdraget.....	4
Sammendrag	4
Kommunedirektørens kommentar	9
1 Innledning	10
1.1 Bakgrunn	10
1.2 Definisjoner	11
1.3 Metode	11
1.3.1 Dokumentanalyse	12
1.3.2 Intervjuer	12
1.3.3 Gjennomgang av statistikk	13
1.3.4 Brukerundersøkelse	13
1.3.5 Oppsummerende vurdering av metoden.....	13
1.4 Om revisjonskriteriene	14
2 Organisering	15
3 Endringer i brukerbehov.....	16
3.1 Innledning.....	16
3.2 Utvikling i antall hjemmetjenestebrukere	16
3.3 Korttids- og langtidsopphold.....	17
3.4 Brukere med omfattende behov	18
4 Utgiftsnivå	19
4.1 Innledning.....	19
4.2 Utgifter til pleie og omsorg	19
4.3 Utgifter til institusjon og hjemmetjenester.....	20
5 Tilstrekkelig kapasitet og kompetanse	22

5.1 Revisjonskriterier	22
5.2 Utdanningsnivå blant de ansatte.....	25
5.3 Indikatorer fra brukerundersøkelse	25
5.4 Kapasitet	26
5.5 Kompetanse	29
5.6 Rekrutteringsutfordringer og virkemidler	30
5.7 Plan for fremtidig dimensjonering av helse	31
5.8 Beholde (dvs. turnover)	32
5.9 Sykefravær.....	34
5.10 Vurdering	35
6 Utnyttelse av kapasitet og kompetanse	38
6.1 Revisjonskriterier	38
6.2 Heltid og deltid	41
6.3 Spesialisering og differensiering	42
6.4 Kompetanseheving	42
6.4.1 Synspunkter fra de ansatte.....	42
6.5 Vurdering.....	43
7 Konklusjon og anbefalinger	45
8 Gjennomgang av brukerundersøkelse	46
8.1 Medvirkning og selvbestemmelse	46
8.2 Informasjon, kommunikasjon og samhandling	47
8.3 Mat og måltider	48
8.4 Aktiviteter og sosialt liv	48
8.5 Oppsummering	49
Kilder	50

OPPDRAGET

<p><u>Bestilling:</u></p> <p>Kontrollutvalget i Kvitsøy kommune bestilte 02.10.2024 en forvaltningsrevisjon om helse og omsorg - kompetanseutnyttelse.</p>	<p><u>Problemstillinger:</u></p> <ul style="list-style-type: none">• I hvilken grad har kommunen tilstrekkelig kompetanse og kapasitet til å ivareta behovene til brukere av pleie- og omsorgstjenester?• I hvilken grad utnytter kommunen samlet kapasitet og kompetanse i tjenestene på en god måte?• Hvilke virkemidler har kommunen til rådighet dersom man ikke klarer å rekruttere nødvendig kompetanse?
<p><u>Formål:</u></p> <p>Formålet med prosjektet er å vurdere Kvitsøy kommunes kapasitet og kompetanse innen pleie- og omsorgstjenester.</p>	

Forvaltningsrevisjonen er ledet av forvaltningsrevisor Håvard Aarvik-Hansen. Arbeidet og rapport er kvalitetssikret av oppdragsansvarlig forvaltningsrevisor Svein Kvalvåg, og rapporten er gjennomgått av leder for regnskapsrevisjon Tore Kristensen.

SAMMENDRAG

Hovedfunn

- Vårt hovedinntrykk er at den samlede kompetansen og kapasiteten i Kvitsøy kommunes pleie- og omsorgstjenester i all hovedsak er tilstrekkelig til å ivareta brukerne sine behov
- Kvitsøy har god sykepleierdekning og andelen årsverk med helsefaglig utdanning er på nivå med sammenlignbare kommuner. Grunnbemanningen har økt de to siste årene. Ressursinnsatsen per bruker er likevel lavere i Kvitsøy enn sammenlignbare kommuner, men de intervjuede opplever at kapasiteten og kompetansen i tjenesten er god.
- Dette indikerer at kommunens drift innen pleie og omsorg er effektiv og at man driver tjenesten smart.
- Samtidig opplever de intervjuede at tjenesten er sårbare ved fravær.

- Rekruttering av spesielt sykepleiere er utfordrende, men alle sykepleierstillinger ved kombisenteret er besatt per vinteren 2025.
- Utgiftene til vikarbyrå er kraftig redusert de siste årene, noe som ser ut til å ha sammenheng med bemanningsøkningen.
- Kommunen har i 2025 gjennomført en undersøkelse blant brukerne av pleie- og omsorgstjenestene. Denne tyder på at brukerne mener at de ansatte har tilstrekkelig kompetanse til å utføre tjenesten.
- Kommunen besitter flere virkemidler dersom den ikke klarer å rekruttere den nødvendige kompetansen. Kommunen kan blant annet forsøke å gjøre vakante stillinger mer attraktiv ved å slå sammen mindre deltidsstillinger til en større stilling. I siste instans kan kommunen ty til vikarbyrå.

Tilstrekkelig kapasitet og kompetanse

Kapasitet og kompetanse er tilstrekkelig

Kvitsøy kommune har lave pleie- og omsorgsutgifter sammenlignet med deres KOSTRA-gruppe (21 377 kr mot 35 104 kr per innbygger korrigert for utgiftsbehov). Kvitsøy har også en lav andel årsverk per bruker sammenlignet med KOSTRA-gruppen (0,34 mot 0,44). Dette viser at kommunen har en lav ressursinnsats per bruker sammenlignet med andre kommuner. Samtidig oppleves grunnbemanningen blant de intervjuede som god. Grunnbemanningen er også økt betydelig siden 2023 (med 3,24 årsverk). Kommunen virker også å ha god dekning på både helsefagarbeidere og sykepleiere, selv om rekruttering til tider har vært utfordrende.

Ved gjennomgang av utvalgte indikatorer fra brukerundersøkelsen som vi mener har å gjøre med de ansattes kompetanse, viser resultatene gjennomgående høy score. De fleste har svart «helt enig» (6 på skalaen) på de fleste av påstandene, og gjennomsnittlig score for disse indikatorene er 5,38.

I vurderingen av kommunens kapasitet og kompetanse innen pleie og omsorg er det relevant å se på utviklingen i vikarbruken. Kvitsøy kommune har redusert de samlede utgiftene til vikarbruk betydelig i perioden 2023–2025, fra om lag 6,8 MNOK til om lag 2,5 MNOK. Reduksjonen skyldes i hovedsak en kraftig nedgang i bruken av vikarbyrå, som i samme periode er redusert fra om lag 5 MNOK til om lag 0,3 MNOK.

Samtidig har utgiftene til intern vikarbruk økt noe, fra om lag 1,8 MNOK til om lag 2,2 MNOK. Dette indikerer at kommunen i større grad dekker kortsiktige bemanningsbehov gjennom egne ansatte fremfor ekstern innleie. Utviklingen må ses i sammenheng med økt bemanning i

organisasjonen, og understøtter vurderingen av at kommunen har styrket sin interne kapasitet og dermed redusert avhengigheten av kostbar ekstern vikarbruk.

Lav turnover

Det er også en lav turnover i pleie- og omsorgstjenesten i Kvitsøy, sammenlignet med andre kommuner (for 2024: 6 % mot 14,5 %). At Kvitsøy har en stabil arbeidsstokk, minsker behovet for rekruttering og gir økt kontinuitet i tjenestene.

Andel med helsefaglig utdanning

Kvitsøy kommune har en litt høyere andel årsverk med helsefagutdanning enn gjennomsnittet i KOSTRA-gruppen (64,7 % mot 63,8 %). I tolkningen av disse tallene er det også viktig å vektlegge at Kvitsøy er en liten kommune hvor små endringer kan gi store prosentvise utslag.

Sykefravær

Til tross for at tjenesten har en velfungerende grunnbemanning i normalsituasjoner, påpeker de ansatte en strukturell sårbarhet ved fravær. Dette skyldes kommunens beskjedne størrelse, som begrenser muligheten for intern omdisponering og gjør driften sårbar for svingninger i personellkapasiteten. Sykefraværet i Kvitsøys pleie- og omsorgstjeneste er lavere enn det er i tilsvarende tjenesteområde i Sauda, Vindafjord og Klepp. Det må likevel understrekes at trenden i Kvitsøy kommune viser et stigende sykefravær mellom 2021 til 2024. Dette mener vi må tas på alvor. Lavt sykefravær er viktig for kontinuitet i tjenestene og sikre fortsatt lav bruk av vikarbyrå. Samtidig må det tas forbehold om at det er små forhold, og at langtidsfravær gir store utslag i statistikken.

Kommunens virkemidler dersom den ikke klarer å rekruttere nødvendig kompetanse

Kommunen har tidligere hatt problemer med rekruttering av spesielt sykepleiere. Senest sommeren 2025 er det blitt slått sammen flere stillinger for å redusere vakansen og få best mulig oppdekningsgrad. I handlings- og økonomiplanen for 2026-2029 vises det imidlertid til at alle stillinger ved kombisenteret er besatt, etter en periode med ledige stillinger våren 2025.

Helse, velferd og omsorg har i dag godt kvalifiserte medarbeidere, men den demografiske utviklingen, med flere eldre og færre unge, vil skape et økt kompetansebehov fremover. En sentral utfordring er å overføre kompetanse og ressurser fra oppvekst- til pleie- og omsorgssektoren. Kommuner mangler ofte detaljert kunnskap og konkrete planer for å håndtere dette skiftet. For å møte det fremtidige kompetansegapet, bør kommunen rette oppmerksomheten mot å beholde og rekruttere personell på tvers av tjenesteområdene Helse, velferd og omsorg og Oppvekst.

Kommunens virkemidler dersom den ikke klarer å rekruttere nødvendig kompetanse er samtidig flere. Kommunen kan blant annet forsøke å gjøre den vakante stillingen mer attraktiv ved å slå sammen mindre deltidsstillinger til en større stilling. I tillegg kan de også tilrettelegge stillingen ved endring av arbeidsoppgaver knyttet til den, for eksempel at bakvaksordningen ikke inngår i stillingen. I siste instans kan kommunen benytte seg av bemanningsbyrå. I denne sammenheng bør det trekkes frem at Kvitsøy kommune har redusert utgiftene til vikarbyrå fra ca. 5 MNOK i 2023, til ca. 591 000 kr i 2024, og ca. 300 000 i 2025.

Utnyttelse av kapasitet og kompetanse

Vårt hovedinntrykk er at den samlede kapasiteten og kompetansen utnyttes på en god måte. Våre vurderinger er basert på summen av følgende forhold som er undersøkt i dette kapittelet:

Spesialisering og differensiering

Intervjuer og kommunens egen kartlegging viser at det i dag ikke er tilstrekkelig volum av rene sykepleieroppgaver til å etablere en mer omfattende oppgavedeling mellom sykepleiere og helsefagarbeidere. Som en liten kommune med begrenset tjenestevolum har Kvitsøy i praksis behov for at sykepleiere deltar i både fagspesifikke og mer generelle oppgaver. Kommunen har vurdert om helsefagarbeidere i større grad kan overta sykepleieroppgaver, men har kommet frem til at dagens organisering i hovedsak er hensiktsmessig og gir lite rom for ytterligere oppgavedeling uten at det går på bekostning av kvalitet eller effektiv ressursbruk. Samtidig innebærer denne organiseringen at sykepleierne i større grad må utføre oppgaver som også kunne vært løst av andre faggrupper, noe som i perioder kan gi en skjevhet i oppgavebelastningen. Vurderingen tilsier likevel at dette er en konsekvens av kommunens størrelse og ikke et uttrykk for manglende bevissthet rundt oppgavedeling.

Det anbefales ikke å endre dagens oppgavedeling mellom sykepleiere og helsefagarbeidere på nåværende tidspunkt. Samtidig kan det være hensiktsmessig at kommunen, ved framtidige endringer i bemanning, tjenestebehov eller ved økt fravær, vurderer om enkelte klart avgrensede oppgaver kan løses av helsefagarbeidere innenfor gjeldende regelverk og kompetansekrav. En slik vurdering bør bygge på ny kartlegging av oppgavevolum og kompetansebehov.

Heltidsandel

Av 26 ansatte jobber 9 heltid. Det er positivt at alle sykepleierne per dags dato er i 100 % stilling. Samtidig er samlet heltidsgrad på 34,6 %, og dette er lavere enn i flere av de andre kommunene vi har undersøkt (Sauda, Vindafjord, Klepp). En større grad av heltidsandel vil kunne gi større kapasitet, uten samtidig å øke antallet ansatte. Det vil også kunne gi en mer stabil bemanning, og redusert sårbarhet ved fravær.

Kompetansehevingsmuligheter

Kommunen mottar midler fra Statsforvalteren for å gjennomføre kompetansehevingstiltak. Flere av de intervjuede mener også at det er god oppslutning om de ulike tiltakene, og at det er mange tilbud.

Enkelte trekker også frem den gode grunnbemanningen i denne sammenhengen. Dette er noe som gir mer tid til faglig utvikling for de ansatte.

I tillegg har Kvitsøy kommune en stipendordning for videreutdanning og tilbud om studentlønn. Stipendordningen for sykepleierstudenter er også en av fylkets økonomisk gunstigste.

Kommunen har ikke en egen kompetanseplan med en oversikt over aktuelle kurs og plan for intern opplæring. Vi vurderer det samtidig som positivt at denne er under arbeid og vil bli ferdigstilt etter fullføringen av *fremtidig dimensjonering av helse*.

KOMMUNEDIREKTØRENS KOMMENTAR

Kommunedirektøren vil takke for en god og grundig rapport om kompetanseutnyttelse innen helse og omsorg i kommunen. Vi mener at rapporten som er levert av Rogaland Revisjon er en nyttig rapport som gir et representativt bilde av situasjonen i kommunen som vi kjenner oss godt igjen i. Rapporten viser tydelig de utfordringene som finnes i en liten kommune, inkludert sårbarhet ved fravær, at kompetanseutnyttelse er begrenset på grunn av kommunens størrelse og organisering og at det er utfordringer knyttet til rekruttering. Samtidig viser rapporten at det er mye som er på plass og som fungerer godt.

Rapporten viser til arbeidet og vurderingene som er gjort innen sektoren for å bedre kompetanseutnyttelsen i kommunen. Dette inkluderer at små stillinger slås sammen til hele stillinger, arbeidsoppgaver endres og at utgifter knyttet til bruk av bemanningsbyråer er kraftig redusert. Kommunen skårer godt på mange av parameterne vi blir målt på. Det er likevel en del som kan forbedres videre. Det er viktig å huske på at det er lite som skal til før prosenttallet i en måling går opp eller ned med så små tall, noe rapporten også påpeker.

De fleste tiltakene som er foreslått av revisjonen er allerede diskutert innen sektoren og på tvers av sektorene i kommunen. Kommunedirektøren anser at å flytte ressurser fra oppvekst til helse, velferd og omsorg er en naturlig del av løsningen til fremtidens utfordringer og befolkningssammensetning. Kontrollutvalget har bestilt en ny forvaltningsrapport som skal se på rekruttere- og beholde- problematikken både innen oppvekst og helse. Dette blir viktig framover. I den forbindelse er det også nødvendig å se på heltidsproblematikken. Det er en del delte stillinger i kommunen, og i første omgang vil vi se på om dette skyldes frivillig eller ufrivillig deltidsarbeid.

Videre vurderer ledelsen kontinuerlig både hvordan stillinger skal lyses ut, og arbeidsfordelingen blant de ulike faggruppene. Her er ledelsen aktive med å tilegne seg kunnskap om hvordan ulike utfordringer kan løses. Kommunen har gode ordninger knyttet til rekruttering av helsepersonell og andre, og personalhåndboka som beskriver hvordan kommunen vil rekruttere og beholde ansatte er oppdatert i 2025. Revisjonsrapporten er tydelig på at det ikke vil være formålstjenlig å gjøre et stort arbeid for å se på arbeidsfordelingen mellom de ulike yrkesgruppene nå, først og fremst fordi vi har få ansatte totalt sett.

Til slutt vil kommunedirektøren påpeke at det ble iverksatt flere tiltak etter bruker- og pårørendeundersøkelsen våren 2025. Tiltakene inkluderer blant annet å styrke primærkontaktfunksjonen, forbedre førstegangssamtalene og at de ansatte er mer aktive i å tilby tur til pasientene. Dette er også de tiltakene revisjonsrapporten råder oss til å ta tak i først.

1 INNLEDNING

1.1 BAKGRUNN

Bakgrunnen for denne forvaltningsrevisjonsrapporten er kontrollutvalget i Kvitsøy kommune sin bestilling av forvaltningsrevisjonsprosjektet «*Kompetanseutnyttelse innenfor helse og omsorg*», i sak 27/24, den 20.11.2024.

Ifølge SSBs framskrivninger vil det frem mot 2035 bli en kraftig vekst i behovet for årsverk både innen kommunehelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten i Norge. Behovet vil øke mest i helse- og omsorgstjenesten i kommunene, og utfordringen er størst i distriktene.¹ Mange kommuner står i dag i en bemanningskrise, og det er særlig vanskelig å få tak i høyskole- og universitetsutdannet personell.

Tjenester til den eldre befolkningen, som hjemmetjenester, institusjoner og legetjenester, er et område hvor landets kommuner kommer til å møte flere utfordringer i årene som kommer. For det første vil økningen i den eldre befolkningen føre til økt behov for pleie- og omsorgstjenester. For det andre vil veksten i tilgjengelig arbeidskraft synke. Helsepersonellkommisjonen mener derfor at det ikke er bærekraftig å øke helse- og omsorgssektorens andel av den totale arbeidsstyrken vesentlig. Helsepersonellkommisjonen har også vært tydelig på at helsevesenet vil få stadig færre ansatte per pleietrengende i årene som kommer, i tillegg må kommunene gi eldre mer spesialiserte tilbud.

Dette gjør at kommunene vil få ytterligere behov framover for flere ansatte med høy kompetanse, og det vil være avgjørende å få til en best mulig utnyttelse av de ressursene og den kompetansen kommunen har. Kommunens arbeid med både å beholde og videreutdanne egne ansatte, samt rekruttere nye fagpersoner, vil dermed bli vesentlig i årene fremover.

Formålet med forvaltningsrevisjonen er å vurdere Kvitsøys kapasitet og kompetanse innen sine pleie- og omsorgstjenester. Følgende problemstillinger besvares:

- I hvilken grad har kommunen tilstrekkelig kompetanse og kapasitet til å ivareta behovene til brukere av helse- og omsorgstjenester?
- I hvilken grad utnytter kommunen samlet kapasitet og kompetanse i tjenestene på en god måte?

¹ [NOU 2023:4 \(Regjeringen.no\)](#)

- Hvilke virkemidler har kommunen til rådighet dersom man ikke klarer å rekruttere nødvendig kompetanse?

1.2 DEFINISJONER

Med **kompetanse** sikter vi til formelle kompetansekrav til utdanning og at kommunen besitter nødvendig kompetanse (kvalifikasjoner og evne) til å utføre lovpålagte oppgaver.

Med **kapasitet** mener vi de ansattes arbeidskapasitet (blant annet ved å se på antall årsverk pr. bruker, dekning av vakter, og vurderinger av kapasitet opp mot dagens behov). Dette blir igjen sett opp mot ansattes kompetanse.

KOSTRA er en forkortelse for kommune-stat-rapportering. Gjennom KOSTRA sender alle norske kommuner inn tall fra sine tjenesteområder til Statistisk Sentralbyrå (SSB). Med **KOSTRA-gruppe 16** sikter vi til den gruppen med kommuner SSB har plassert Kvitsøy kommune i basert på folkemengde og økonomiske rammebetingelser. Kommunene i KOSTRA-gruppe 16 er kjennetegnet av at de har færre enn 600 innbyggere. Det er disse kommunene Kvitsøy sammenlignes med.

Med **kompetanseheving** refererer vi til mulighetene kommunen tilrettelegger for og tilbyr for at ansatte skal øke sin kompetanse. Dette gjelder både former for eventuell støtte til videreutdanning, kurs, eller andre faglige arrangement.

Pleiefaktor refererer til forholdet mellom antall pleiere og pasienter, og brukes ofte som en indikator på bemanningsnivået i helseinstitusjoner som sykehjem og sykehus. For å beregne pleiefaktoren, tar man antall pasienter og deler på antall pleiere. En høy pleiefaktor indikerer mange pleiere per pasient.²

1.3 METODE

Sentralt for metoden og vår fremgangsmåte er at det er blitt foretatt en metodetriangulering av de innsamlede dataene. Dette betyr at vi har besvart de ulike problemstillingene gjennom bruk av forskjellige datakilder, som igjen undersøkes med ulike metodikk. Dette bidrar til å utvide og forsterke datagrunnlaget, og forskjellig metodebruk gir ulike perspektiver på analysegrunnlaget.

² Kilde: [Helsebiblioteket](#)

De ulike datagrunnlagene har vært gjennomgang av dokumenter, nøkkeltall og intervjuer. For eksempel er antakelser basert på dokument- og nøkkeltallanalyser testet ut i de påfølgende intervjuene, og påstander fra intervjuene er deretter blitt testet ut gjennom å hente inn nye data.

Nedenfor går vi nærmere i detalj på vår fremgangsmåte innen de ulike datakildene.

1.3.1 DOKUMENTANALYSE

I etterkant av vårt oppstartsmøte med kommunen og i forkant av intervjuene har vi gjennomgått handlings- og økonomiplanen for 2025-2028, kommuneplanens samfunnsdel, samt helse- og omsorgsplan for 2019-2024.

Dette ga innsikt i kommunens satsingsområder, utfordringer og målsettinger, og dannet grunnlag for revisjonskriterier og intervju spørsmål.

1.3.2 INTERVJUER

Det har blitt gjennomført intervjuer med følgende:

- Kommunalsjef helse og omsorg
- Avdelingsleder sykehjem og hjemmetjenesten
- Plasstillitsvalgt Norsk sykepleierforbund (NSF)
- Plasstillitsvalgt fagforbundet
- Helse- og sosialkonsulent (som er utdannet sykepleier og tar ekstravakter ved sykehjemmet)

Det har vært et mål å intervju ikke bare ledere, men også plasstillitsvalgte for å få et nærmere innblikk i også de ansattes inntrykk.

En intervjuguide ble laget i forkant av hvert intervju. Dette var for å forsøke å sikre best mulig at vi mottok data som var relevante i besvarelsen av problemstillingene.

Selve intervjuene ble gjennomført som «semistrukturerte». Dette vil si at rekkefølgen på spørsmålene fra intervjuguiden ble bestemt underveis i intervjuet ut fra hva respondenten ga av informasjon. Dette var for at intervjuene skulle fremstå mer som naturlige samtaler, samtidig som at strukturen som lå til grunn sikret en «rød tråd».

Spørsmålene stilt i intervjuene tok i all hovedsak utgangspunkt i problemstillingene og revisjonskriteriene.

I tråd med retningslinjene fra RSK 001 har hver deltaker fått anledning til å bekrefte revisjonens intervjureferat. Dette har foregått gjennom epostkorrespondanse i etterkant av intervjuet.

1.3.3 GJENNOMGANG AV STATISTIKK

Innhenting av statistikk har vært sentralt i datainnsamlingen. I sonderingsfasen før vårt oppstartsmøte med kommunen dannet vi oss et bilde av kommunen ved bruk av Framsikt og KOSTRA. Det må påpekes at kommunenes frist for endelig revidering av det de rapporterer til disse for 2024 er sommeren 2025, og at det datamaterialet som er brukt fra Framsikt og KOSTRA dermed er urevidert.

Flere av disse funnene har også blitt diskutert i intervjurunden med kommunen, hvor vi har fått utfyllende kommentarer og dermed satt funnene i sammenheng.

I tillegg har vi fått mottatt et betydelig tallmateriale fra kommunen. Dette gjelder for eksempel oversikt over de siste år utvikling i sykefravær, turnover, antall brukere, etc.

Ved gjennomgang og tolkning av tallmaterialet fra Kvitsøy kommune, har vi tatt i betraktning at kommunen er preget av små forhold. Dette innebærer at selv små numeriske utslag kan resultere i betydelige prosentvise endringer.

1.3.4 BRUKERUNDERSØKELSE

I tråd med det vedtatte mandatet, har vi analysert datasettet fra brukerundersøkelsen som ble gjennomført i tidsrommet januar-mars 2025. Respondentene fra brukerundersøkelsen er brukere ved hjemmetjenesten, omsorgsboligene og sykehjemmet.

Vi har inndelt undersøkelsens påstander etter ulike kategorier. Kategoriene er «medvirkning og selvbestemmelse», «informasjon, kommunikasjon og samhandling», «mat og måltider» og «aktiviteter og sosialt liv». Med unntak av kategorien «kompetanse» er påstandene tolket i kapittel 9 og er ikke brukt for en vurdering opp mot revisjonskriteriene.

Kategorien «kompetanse» er presentert i kapittel 6.4 og er benyttet som en del av dataene til å besvare problemstillingen «*I hvilken grad har kommunen tilstrekkelig kompetanse og kapasitet til å ivareta behovene til brukere av pleie- og omsorgstjenester?*».

1.3.5 OPPSUMMERENDE VUDERING AV METODEN

Vi har anvendt flere forskjellige metodiske tilnærminger og det er blitt hentet informasjon fra en rekke ulike kilder i dette prosjektet. Bredden i utvalget av informanter har her vært viktig, og vi har vektlagt å innhente relevante data fra dokumentanalyse og statistikk. Dette har styrket undersøkelsens pålitelighet og gyldighet fordi bruk av flere metoder og metodetriangulering har gjort det mindre sannsynlig at resultatene skyldes tilfeldigheter eller feil i én enkelt metode.

Vi kunne dermed utdype foreløpige funn fra dokumenter og statistikk i intervju, og gå nærmere inn på opplysninger fra intervju med nærmere undersøkelser av relevante data fra dokumenter og analyse. Intervju er en kvalitativ metode som er godt egnet til å danne seg et godt bilde av ansattes vurderinger, opplevelser og erfaringer knyttet til ulike forhold som adresseres i intervju. Bruk av saksdokumenter og statistikk er en kvantitativ metodisk tilnærming som er godt egnet til å gi et innblikk i praksis og status på ulike kommunale områder. Alle data må likevel tas med de nødvendige forbehold, blant annet riktighet i rapportering og andre forbehold.

Vi mener at de fire metodene vi har benyttet (analyser av dokument, intervjuer, data fra brukerundersøkelse og statistikk) har vært tilstrekkelige for å besvare problemstillingene på en dekkende måte. Som nevnt har særlig omfanget og bredden av informanter vært viktig for å få et godt nok bilde av tingenes tilstand, samtidig som dette er kontrollert opp mot eksisterende kvantitative data på ulike områder. Se her de enkelte kapitlene for nærmere gjennomgang og vurderinger av data.

Vår samlede vurdering er at metodebruk og kildetilfang har gitt et tilstrekkelig grunnlag til å besvare forvaltningsrevisjonens formål og problemstillinger fra mandatet.

1.4 OM REVISJONSKRITERIENE

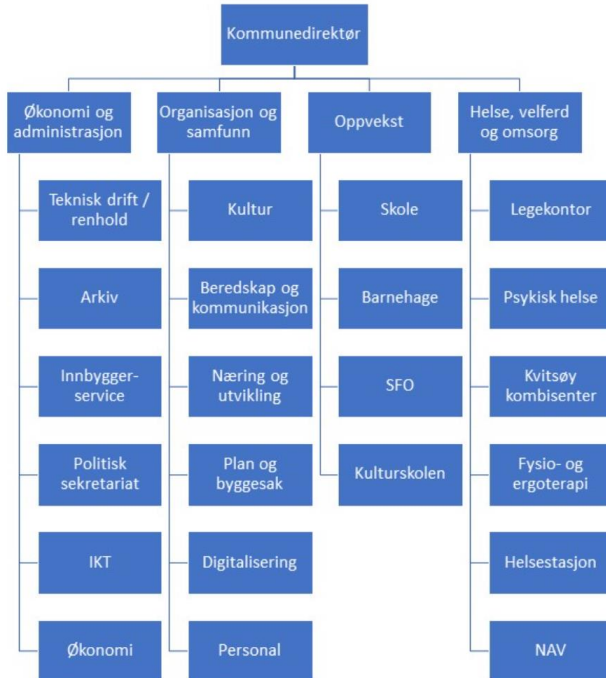
Prosjektet er gjennomført iht. oppdraget og Norges kommunerevisjonsforbund sin standard for forvaltningsrevisjon (RSK 001). En viktig del av dette er å utføre revisjonen etter nærmere definerte revisjonskriterier. Revisjonskriterier er elementer som inneholder krav eller forventninger, og vil bli brukt til å vurdere funn i de undersøkelser som gjennomføres. Kriteriene skal være begrunnet i, eller utledet av, autoritative kilder innenfor det reviderte området.

Problemstilling nummer 1 og 2 er «bør-problemstillinger» hvor det er utformet revisjonskriterier som funnene våre blir vurdert opp mot. Kapitlene hvor disse besvares starter med kildene for revisjonskriteriene vi bruker, og utledningen av de konkrete kriteriene. Av plasshensyn gjengis de derfor ikke i innledningen.

Den siste problemstillingen, «hvilke virkemidler har kommunen til rådighet dersom man ikke klarer å rekruttere nødvendig kompetanse?», er en såkalt «beskrivende problemstilling» hvor det ikke er noen hensiktsmessig standard å måle funnene opp mot. Vi besvarer derfor denne problemstillingen uten direkte henvisning til revisjonskriterier eller krav som kommunen skal etterleve.

2 ORGANISERING

Figur 1, Organisasjonskart Kvitsøy kommune



Kilde: *Kvitsøy kommune*

På Kvitsøy kombisenter ytes det tjenester til både sykehjem, hjemmetjeneste, og fra helsebilen. Ifølge handlings- og økonomiplanen for 2025-2028 har sykehjemmet til enhver tid hatt 6-10 beboere, og mellom 4-8 omsorgsboliger har vært utleid i løpet av det siste året.

Kvitsøy kommune har en felles grunnturnus for sykehjem, omsorgsboliger og hjemmetjenesten.

Videre har sykepleiere akuttmedisinsk bakvakt når ikke legen er til stede på øya. Kvitsøy sykehjem gir nødvendig helsehjelp som langtidsopphold, korttidsopphold og avlastningsopphold. Sykehjemmet har totalt 10 rom fordelt på 7 langtids-, og 3 korttids plasser, der et av rommene er dobbeltrom.

3 ENDRINGER I BRUKERBEHOV

3.1 INNLEDNING

Utvikling i antall brukere og endringer i brukernes behov vil ha betydning for hvordan kommunene rigger seg mht. kompetanse og kapasitet. Flere og mer krevende brukere vil naturlig nok utfordre kommunen på en helt annen måte enn små endringer i brukermassen.

Tabell 1, *Oversikt antall brukere på hver avdeling*

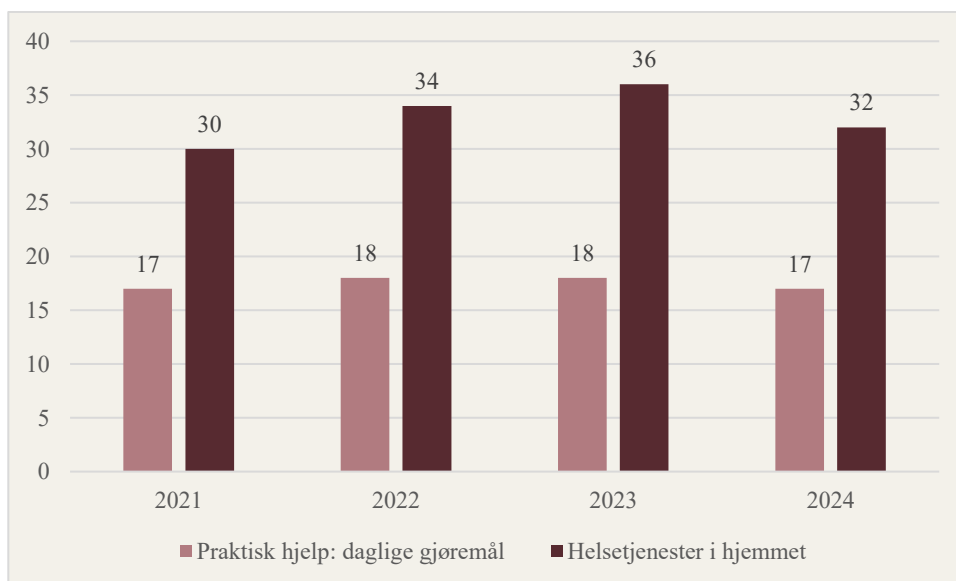
År	Brukere sykehjem	Brukere omsorgsboliger	Brukere hjemmetjenester	Totalt
2021	11	7	15	33
2022	9	8	15	32
2023	9	6	22	37
2024	7	8	25	40

Kilde: *Kvitsøy kommune*

Tabellen over viser utviklingen i antall brukere. Antall brukere på sykehjem er redusert, mens det har vært en økning av hjemmetjenestebrukere.

3.2 UTVIKLING I ANTALL HJEMMETJENESTEBRUKERE

Figur 2, *Antall brukere med hjemmesykepleie og praktisk bistand ila året, ifølge KOSTRA*

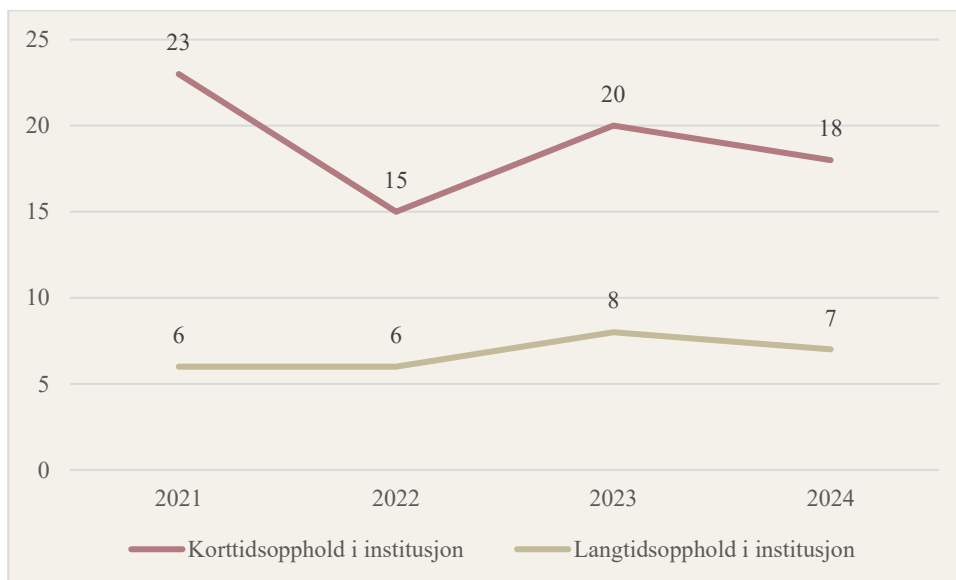


Kilde: *KOSTRA, tabell 11642*

Figuren over viser utviklingen i antall brukere med hjemmesykepleie og praktisk bistand til daglige gjøremål i løpet av ett år. Antall brukere som trenger praktisk bistand har ligget stabilt de siste fire årene. Det samme har også antallet brukere som mottar helsetjenester i hjemmet.

3.3 KORTTIDS- OG LANGTIDSOPPHOLD

Figur 3, *Oversikt over korttids- og langtidsopphold i institusjon*³



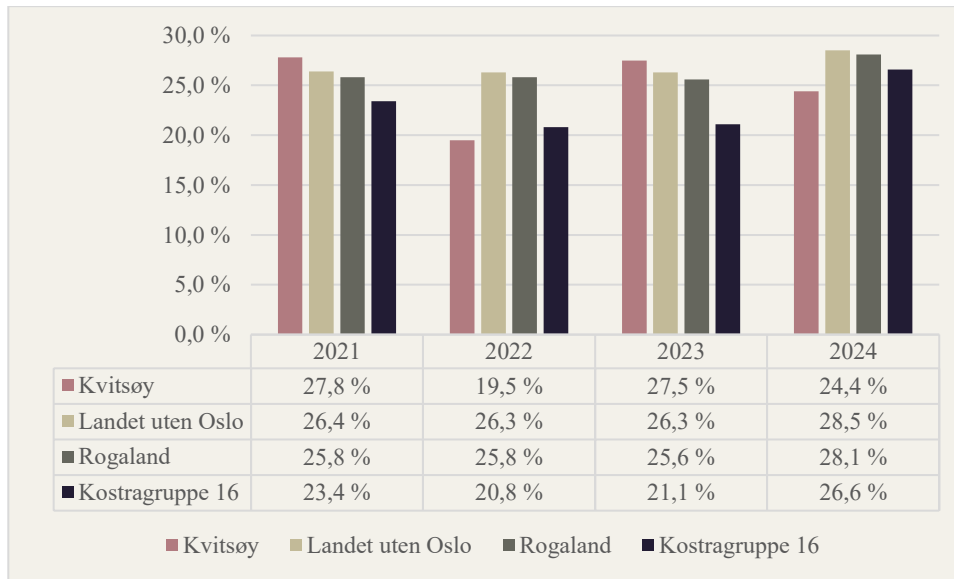
Kilde: *KOSTRA, tabell 11642*

Figuren over gir en oversikt over antall brukere med henholdsvis korttidsopphold- samt langtidsopphold i institusjon for årene 2020 til 2023. For 2022 mangler det rapportering på indikatoren «*Tidsavgrensa opphald - utreiing/behandling*» som er en av tre indikatorer som «korttidsopphold i institusjon» består av. Dette forklarer den tilsynelatende reduksjonen i korttidsopphold for 2022. For 2024 mangler det rapportering på indikatoren «*tidsavgrensa opphald – habilitering/rehabilitering*», noe som forklarer reduksjonen i korttidsopphold i 2024.

³ Indikatoren «korttidsopphold i institusjon» består av *Tidsavgrensa opphald – 1) utreiing/behandling, 2) habilitering/rehabilitering, og 3) tidsavgrensa opphald – anna.*

3.4 BRUKERE MED OMFATTENDE BEHOV

Figur 4, *Andel av alle brukere som har omfattende bistandsbehov*



Kilde: *Framsikt*

Figuren over viser at Kvitsøy har en lavere andel med brukere som har omfattende bistandsbehov enn gjennomsnittet i sin KOSTRA-gruppe, Rogaland og landet uten Oslo. Kvitsøy har en nokså lik andel som andre kommuner. Dette til tross for at det er en liten kommune.

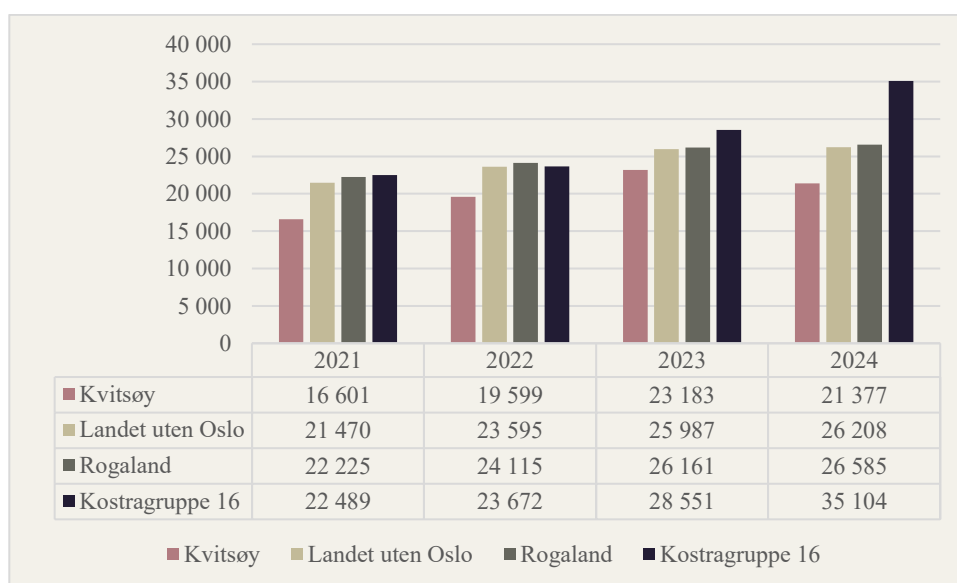
4 UTGIFTSNIVÅ

4.1 INNLEDNING

I avsnittene under presenterer vi Kvitsøy kommunes behovskorrigerede pleie- og omsorgsutgifter. Det betyr at utgiftene korrigeres for forskjeller som følge av demografi, geografi og sosiale forhold.⁴ Dette gir et bedre sammenligningsgrunnlag enn dersom vi bare sammenligner utgiftene, uten å ha hensyn til disse objektive behovsvariablene.

4.2 UTGIFTER TIL PLEIE OG OMSORG

Figur 5, Netto driftsutgifter pr. innbygger til pleie og omsorg, korrigert for utgiftsbehov



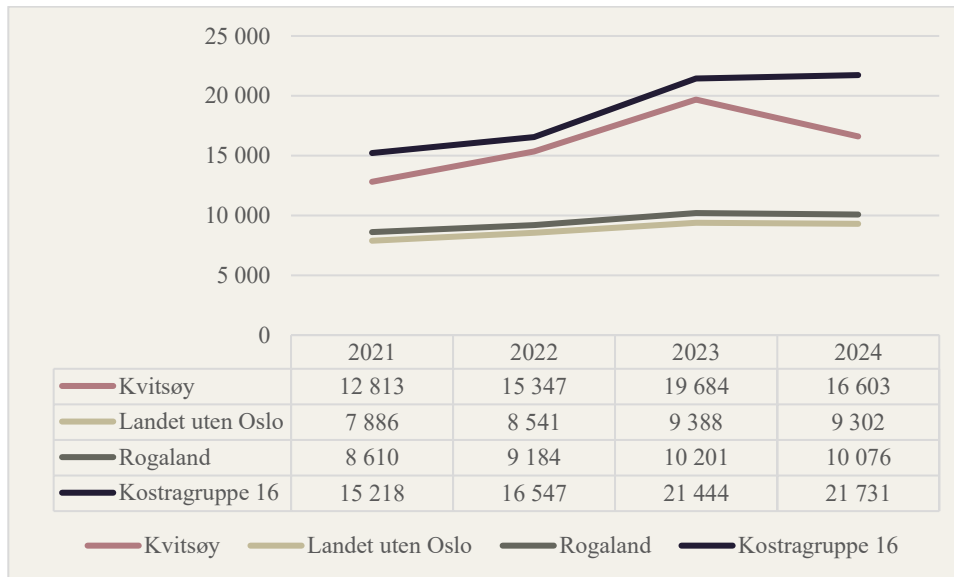
Kilde: *Framsikt*

Korrigert for utgiftsbehov brukte Kvitsøy 21 377 kr per innbygger til pleie og omsorg for 2024. Til sammenligning brukte kommunene i KOSTRA-gruppe 16 i gjennomsnitt 35 104 kr det samme året.

⁴ For å gjøre disse korrigerene brukes behovsberegningen i statsbudsjettet (utgiftsutjevning KMDs grønt hefte)

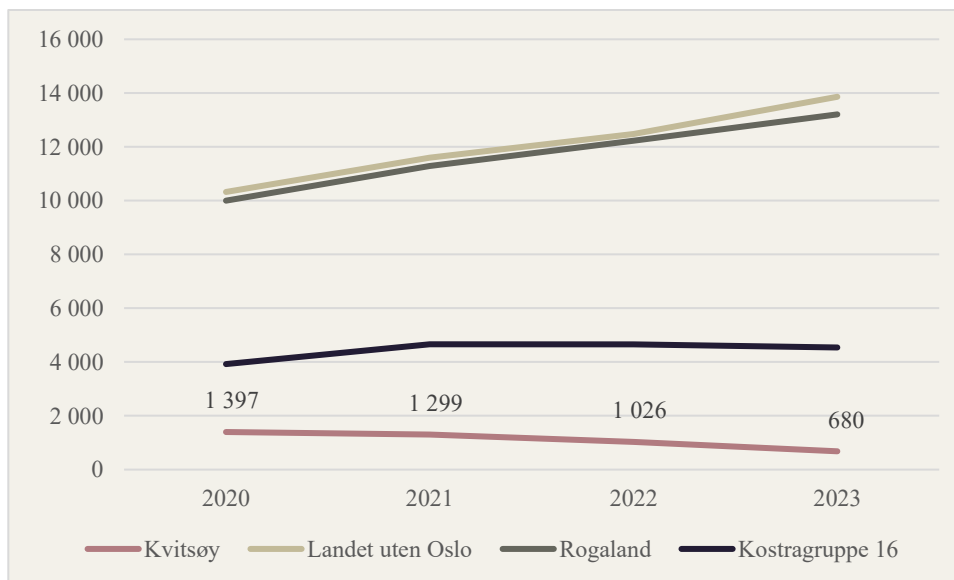
4.3 UTGIFTER TIL INSTITUSJON OG HJEMMETJENESTER

Figur 6, Netto driftsutgifter per innbygger helse- og omsorgstjenester i institusjon, korrigert for utgiftsbehov



Kilde: *Framsikt*

Figur 7, Netto driftsutgifter per innbygger helse- og omsorgstjenester til hjemmeboende, korrigert for utgiftsbehov⁵



Kilde: *Framsikt*

⁵ Denne indikatoren ble avvirket for 2024. Siste rapporteringsår, som er 2023, er det vi forholder oss til.

Av figur 6 fremgår det at Kvitsøy har forholdsvis høye behovskorrigerede utgifter til institusjonsplasser per innbygger sammenlignet med gjennomsnittet i henholdsvis landet uten Oslo og Rogaland. Samtidig er utgiftene per innbygger lavere enn gjennomsnittet i KOSTRA-gruppe 16 hvor utgiftene var på 21 731 kr.

Samtidig har Kvitsøy svært lave behovskorrigerede utgifter til hjemmesykepleie per innbygger, ifølge figur 7. Kvitsøy brukte 680 kr per innbygger i 2023. KOSTRA-gruppe 16 brukte til sammenligning 4 540 kr dette året.

I høringssvaret fra kommunen får vi opplyst at forskjellene knyttet til utgifter til pasienter på sykehjem og i hjemmetjenester skyldes vanskeligheter med registrering i KOSTRA grunnet fellesturnus. Det har vært vanskelig å definere eksakte utgifter knyttet hjemmetjenesten, men kommunen har anslått at dette er ca. 2 årsverk. Forskjellene i tallene skal være mer knyttet feil i rapportering i KOSTRA, enn andre forhold.

5 TILSTREKKELIG KAPASITET OG KOMPETANSE

I dette kapittelet besvares følgende problemstillinger:

- I hvilken grad har kommunen tilstrekkelig kompetanse og kapasitet til å ivareta behovene til brukere av helse- og omsorgstjenester?
- Hvilke virkemidler har kommunen til rådighet dersom man ikke klarer å rekruttere nødvendig kompetanse?

5.1 REVISJONSKRITERIER

Som påpekt i kap. 1.4: Revisjonskriterier er elementer som inneholder krav eller forventninger, og vil bli brukt til å vurdere funn i de undersøkelser som gjennomføres. Kriteriene er dermed standarden som vi skal måle kommunens praksis opp mot.⁶

Kommunen skal sørge for at personer som oppholder seg i kommunen, tilbys nødvendige helse- og omsorgstjenester, jf. helse- og omsorgstjenesteloven §3-1, første ledd. Ifølge §§ 3-2 og 3-2 a har kommunen dette ansvaret, og må sørge for at det er tilstrekkelig kapasitet i tjenestetilbudet ut fra helse- og omsorgsfaglige vurderinger, inkludert heldøgns tjenester og nødvendige institusjonsplasser.

I henhold til helse- og omsorgstjenesteloven §4-1 skal helse- og omsorgstjenestene som tilbys etter loven være forsvarlige. I tråd med helse- og omsorgstjenesteloven §4-1, bokstav d, skal kommunen tilrettelegge helse- og omsorgstjenester slik at tilstrekkelig fagkompetanse sikres i tjenestene. Helt spesifikke standarder eller krav til hva som er tilstrekkelig kapasitet og kompetanse er derimot ikke angitt.

Viktig for denne rapporten er derfor ikke bare de mer overordnede lovkravene, men også sammenligning av Kvitsøy kommune med både nærliggende og sammenlignbare kommuner. Dette gjelder både for kompetanse og kapasiteten i kommunens pleie- og omsorgstjenester.

Nedenfor følger en rekke utledede elementer eller indikatorer vi vil måle Kvitsøy opp mot:

⁶ Samme sted begrunnet vi også hvorfor vi ikke utleder revisjonskriterier til siste problemstilling om hvilke virkemidler kommunen har til rådighet: Dette er en rent beskrivende problemstilling. Derfor har vi verken målinger, vurderinger eller anbefalinger av dette i rapporten, men tar opp ulike virkemidler underveis.

Høy andel ansatte med helsefagutdanning innen omsorgstjenestene

En høy andel ansatte med helsefagutdanning er en indikator på at kommunen oppfyller kravene om å tilby forsvarlige tjenester.

Antall årsverk per bruker er på nivå med sammenlignbare kommuner

Et tilstrekkelig antall årsverk per bruker kan bidra til at kommunen oppfyller sin plikt til å tilby nødvendige tjenester, noe som også understøtter forsvarlighetskravet.

Kapasitet og kompetanse er tilstrekkelig

Hvis kommunen ikke har tilstrekkelig kapasitet eller kompetanse, kan kommunen risikere å ikke oppfylle sine lovpålagte forpliktelser overfor brukerne.

En vurdering av status for kompetanse og kapasitet vil kunne si oss noe om hvorvidt ressursene er tilstrekkelige med tanke på å tilby de tjenestene en skal.

Moderat eller lav turnover og evne til å rekruttere ønsket arbeidskraft

Vel så viktig som rekruttering er i hvilken grad kommunen er i stand til å beholde personellet og begrense turnover og frafall fra tjenestene. Turnover kan være at personalet bytter jobb til en annen del av pleie- og omsorgstjenestene eller fordi de begynner å jobbe i andre næringer eller går ut av arbeidslivet.

Turnover i store virksomheter som pleie- og omsorgstjenestene er naturlig og kan på et funksjonelt nivå også være positivt. Ved for lav turnover kan virksomheten miste nye impulser utenfra, mens blir den for høy kan det påvirke kontinuiteten i tjenestene og helsepersonellens opplevelse av kvaliteten i tjenestene, og dermed påvirke de ansattes ønske om å bytte jobb.⁷

I handlings- og økonomiplanen 2025-2028 nevnes rekruttering av sykepleiere, helsefagarbeidere og andre yrkesgrupper som en av hovedutfordringene for tjenesteområdet helse, velferd og omsorg.⁸

⁷ Riksrevisjonen (2019), hentet fra helsepersonellkommissjonen s. 102

⁸ HØP 2025-2028, s. 55

Lavt sykefravær

Høyt sykefravær hos helsepersonell er én av fire hovedutfordringer i de kommunale helse og omsorgstjenestene som Helsedirektoratet har identifisert i forbindelse med arbeidet med Kompetanseløft 2020 og 2025.⁹ Helsepersonellkommisjonens utredning *Tid for handling* peker på at det er behov for en styrket innsats mot sykefravær.¹⁰

Høyt sykefravær kan føre til mangel på personale, noe som kan gå utover kontinuiteten og kvaliteten på tjenestene. Med tanke på at fremtidens kapasitet risikerer å komme under press, er god ressursbruk viktig. Å ha lavt sykefravær er en del av dette.

Lavt sykefravær sikrer stabilitet, som er avgjørende for å gi brukerne forutsigbare og trygge tjenester.

Oppsummering

I boksen under oppsummerer vi revisjonskriteriene:

- Kvitsøy kommune har en andel ansatte med helsefaglig utdanningen innen pleie- og omsorgstjenestene som er lik eller bedre enn andre kommuner
- Antall årsverk per bruker i pleie og omsorg er på nivå med andre norske kommuner
- Pleie- og omsorgstjenestene har moderat eller lav turnover, og klarer å rekruttere ønsket arbeidskraft
- Pleie- og omsorgstjenestene har et sykefravær som er på nivå med andre norske kommuner

⁹ Helsepersonellkommisjonen, *Tid for handling*, s. 172

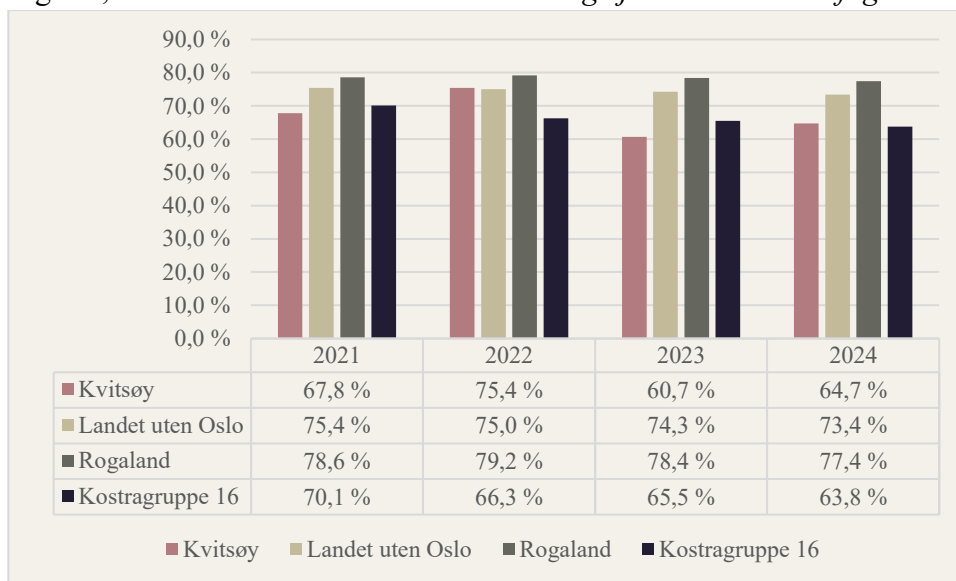
¹⁰ *Ibid.*, s. 177

5.2 UTDANNINGSNIVÅ BLANT DE ANSATTE

Figuren under viser at forskjellen mellom Kvitsøy og KOSTRA-gruppen i andel årsverk i omsorgstjenesten med helsefagutdanning er marginal. Samtidig er forskjellene mellom Rogaland og Kvitsøy betydelige, selv om bytte av enkeltpersoner åpenbart gjør store utslag i kommunen – slik endringen mellom 2022 og 2023 understøtter.

Samtidig er det i tolkningen av figuren viktig at vi tar høyde for at Kvitsøy er en svært liten kommune hvor små endringer kan ha stor påvirkning på andelen.

Figur 8, *Andel brukerrettede årsverk i omsorgstjenesten m/ helsefagutdanning (prosent)*



Kilde: *Framsikt*

5.3 INDIKATORER FRA BRUKERUNDERSØKELSE

Det ble gjennomført en brukerundersøkelse på for brukerne av omsorgsboliger, hjemmetjenester og institusjon i tidsrommet januar-mars 2025. Det ble totalt gitt 36 påstander som respondentene ble bedt om å ta stilling til om de kjente seg igjen på en skala fra 1 (helt uenig) til 6 (helt enig). Nedenfor har vi samlet de påstandene som vi mener er gode mål på de ansattes kompetanse.

Total score og gjennomsnitt av score er oppgitt. Total score angir summen av poeng gitt av respondentene. Dette beregnes ved å multiplisere antall svar innen hver svarkategori (for eksempel "Helt enig") med den tilhørende poengverdien (f.eks. 6 for "Helt enig").

Tabell 2, Score på indikatorer for kompetanse fra brukerundersøkelsen

Påstand	Antall respondenter svart	Total score	Gjennomsnittlig score
Jeg får legehjelp når jeg trenger det	14	81	5,79
Jeg er trygg på at jeg får tilsyn ved behov her	14	79	5,64
Jeg er trygg på at ansatte kontinuerlig vurderer mitt behov for tilsyn/bistand	14	75	5,36
Jeg opplever at de ansatte kjenner meg og min situasjon godt nok til å gi meg tilstrekkelig medisinsk oppfølging	15	79	5,27
Jeg får den hjelpen jeg trenger til å holde meg velstelt	14	68	4,86
Jeg opplever at de ansatte har tilstrekkelig fagkunnskap til å utføre hjelpen jeg trenger	15	80	5,33
Jeg opplever at personalet samarbeider godt her	13	70	5,38
Samlet sett er jeg fornøyd med tilbudet jeg får	14	76	5,43

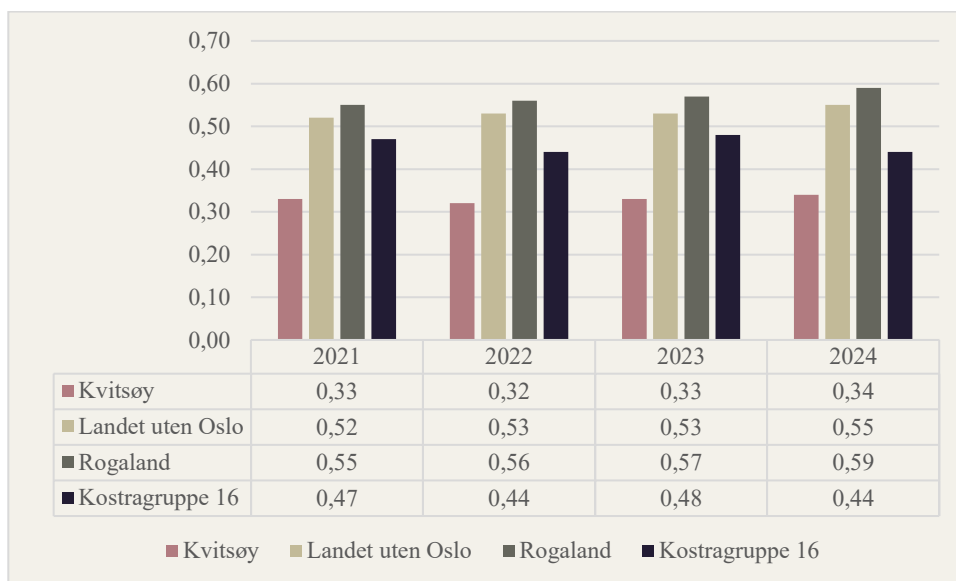
Kilde: Kvitsøy kommune

Resultatene fra indikatorene for kompetanse viser gjennomgående høy gjennomsnittlig score. De fleste har svart «helt enig» (6 på skalaen) på de fleste av påstandene. De fleste sier seg for eksempel helt enig i at de opplever at de ansatte har tilstrekkelig fagkunnskap til å utføre hjelpen de trenger. Gjennomsnittlig score for disse påstandene er 5,33.

5.4 KAPASITET

Figuren under viser at Kvitsøy har en andel årsverk per bruker av omsorgstjenester som er lavere enn for eksempel sammenlignet med KOSTRA-gruppe 16. Samtidig får vi opplyst fra intervju at kommunen har tilnærmet 1-1 bemanning ved bruk av miljøterapeut og studenter. I tillegg er det sjeldent at det er fullt belegg. Det må vektlegges i tolkningen av figuren at det kan være usikkerhet knyttet til at det er svært små forhold på Kvitsøy, og at mindre endringer kan gjøre store utslag.

Figur 9, Årsverk per bruker av omsorgstjenestene



Kilde: *Framsikt*

I budsjettet for 2024 ble det lagt inn en økning i grunnbemanningen på sykehjemmet. Dette var et resultat av et prosjekt om arbeidstid utført av et eksternt selskap som konkluderte med at det var for lav grunnbemanning på sykehjemmet. Høsten 2023 ble bemanningen økt med 2,24 årsverk. Videre ble det gjort et vedtak i kommunestyret mai 2024 som økte bemanningen ytterligere, med ett sykepleierårsverk (sak 35/24).

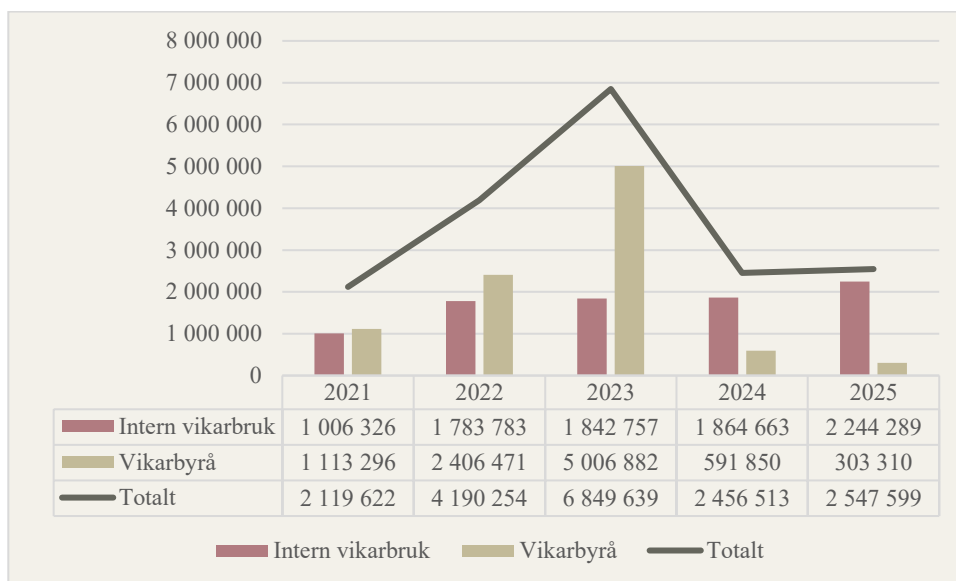
I handlings- og økonomiplanen for 2025-2028 vises det til at kommunen har hatt store utfordringer knyttet til rekruttering av sykepleiere. Mangelen på sykepleiere og bruk av vikarbyrå har ført til mangel på kontinuitet for ansatte, beboere og pasienter. Det blir beskrevet at kommunen har jobbet strategisk med dette over tid, og at man hadde gevinst i form av at alle stillingene på kombisenteret ble tilsatt. Utgifter til bemanningsbyråer er redusert med 84 % fra opp under 5 MNOK i 2023, til om lag 591 000 kr i 2024.¹¹ Målet er ifølge handlings- og økonomiplanen at det gjennom økt sykepleierdekning vil være enda mindre nødvendig å benytte seg av avtalene kommunen har med vikarbyråer.

Seneste sommeren 2025 er det blitt slått sammen flere stillinger for å redusere vakansen og få best mulig oppdekningsgrad. I handlings- og økonomiplanen for 2026-2029 vises det til at alle stillinger ved kombisenteret er besatt, etter en periode med ledige stillinger våren 2025.

Samtidig som at grunnbemanningen er økt, er utgiftene til vikarbyrå blitt redusert:

¹¹ I HØP står det om lag 800 000 kr og ikke 591 000 kr. Vi har fått opplyst at det er noen poster i 2023 som ble ført på januar 2024 og at 591 000 kr er korrekt.

Figur 10, *Utgifter til vikarbruk*



Kilde: *Kvitsøy kommune*

Figuren over viser at de totale utgiftene til vikarbruk er redusert fra om lag 6,8 MNOK i 2023 til om lag 2,5 MNOK i 2025. Dette inkluderer både intern vikarbruk og bruk av vikarbyrå. Hovedforklaringen er en kraftig nedgang i vikarbyråutgiftene, som faller fra om lag 5,0 MNOK i 2023 til om lag 0,3 MNOK i 2025.

Samtidig har utgiftene til intern vikarbruk økt noe i samme periode, fra om lag 1,8 MNOK i 2023 til om lag 2,2 MNOK i 2025. Dette tyder på at kommunen i større grad dekker kortsiktige bemanningsbehov gjennom egne ansatte (for eksempel ekstra vakter/overtid) i stedet for å leie inn vikarer fra eksterne byråer.

Fra intervjuene blir det understreket at reduksjonen skyldes en bevisst satsning. Kommunen har ikke brukt bemanningsbyrå i løpet av 2025 per august. Det blir understreket at det er billigere å bruke egne ansatte. Ved behov, kan de som ønsker det, ta ekstra vakter og få overtidbetaling. Grunnbemanningen er nå på 15,5 årsverk. Denne gjelder for både sykehjem, hjemmetjeneste og akuttberedskap siden dette er samlet i samme turnus.

Fra intervjuene fremgår det at grunnbemanningen nå oppleves som god. For øyeblikket er det fire ansatte på dag, tre på kveld og en på natt (4-3-1). Samtidig så understreker enkelte at det ved fravær blir en færre ansatt på dagtid (3-3-1).

Noen av de intervjuede trekker frem at kommunen er sårbare ved fravær. Helg er spesielt vanskelig å dekke ved fravær, mens kveld- og dagvakter i uken ellers er lettere å dekke.

I helgene er det også kun en sykepleier som har ordinær vakt. Noen pasienter kan ha behov for antibiotika, sårstell eller annen spesiell behandling som kan kreve sykepleierkompetanse. Dersom

det er nødvendig, for eksempel ved fravær, kan det være at sykepleieren som har hatt ordinær vakt på dagtid, må arbeide ekstra på kveld for å utføre disse oppgavene.

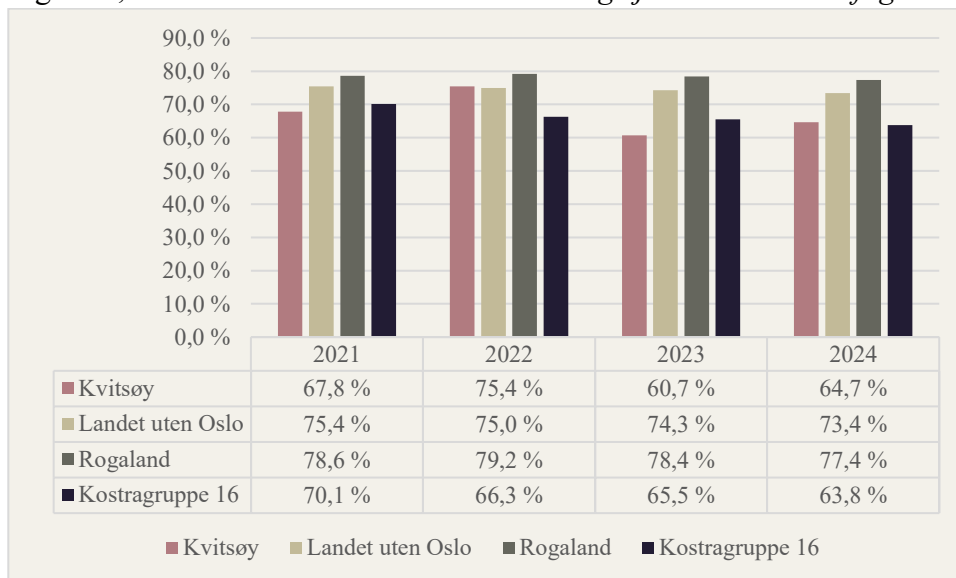
Kommunen har også vurdert innføring av langvakter. Dette er vakter som er lengre enn 12,5 timer. Langvakter har økt i popularitet de siste årene.¹² Mange av Rogalandkommunene vi har hatt tilsvarende prosjekter i (f. eks Vindafjord og Etne), har innført langvakter for å sikre en høy bemanning – spesielt i helgene. Men for Kvitsøy kommune sin del får vi opplyst i intervju at det er utfordrende med en innføring av langvakter på grunn av at kommunen er i en særstilling med tanke på akuttberedskapsordningen. På grunn av bakvaksordningen får sykepleiervaktene en total lengde på 16 timer siden de må ha bakvakt etter at de er kommet hjem fra den ordinære vakt.

5.5 KOMPETANSE

Figuren under viser at forskjellen mellom Kvitsøy og KOSTRA-gruppen i andel årsverk i omsorgstjenesten med helsefagutdanning er marginal. Samtidig er forskjellene mellom Rogaland og Kvitsøy betydelige, selv om bytte av enkeltpersoner åpenbart gjør store utslag i kommunen – slik endringen mellom 2022 og 2023 understøtter.

Samtidig er det i tolkningen av figuren viktig at vi tar høyde for at Kvitsøy er en svært liten kommune hvor små endringer kan ha stor påvirkning på andelen.

Figur 11, *Andel brukerrettede årsverk i omsorgstjenesten m/ helsefagutdanning (prosent)*



Kilde: *Framsikt*

¹² <https://sykepleien.no/2025/04/dette-ma-du-vite-om-langvakter>

De intervjuede beskriver kompetansenivået på de ansatte som god. Det kan for eksempel trekkes frem som nokså særegent at sykepleierne har en bakvaksordning med tanke på kommunens akuttberedskap. Dette gjør at sykepleierne har akuttmedisinsk kurs tilsvarende det legevaktleger får. En av de intervjuede mener at dette fører også til at man rekrutterer en veldig ressurssterk gruppe med sykepleiere.

Enkelte trekker også frem at kommunen har god dekning på helsefagarbeidere. Flere av kommunens helsefagarbeidere besitter også en medisinsk kompetanse som gjør de kvalifiserte til å dele ut medikamenter.

I intervjuene pekes det på at kommunen har en god grunnbemanning med et tilstrekkelig antall sykepleiere og helsefagarbeidere, noe som i utgangspunktet sikrer god kompetanse.

Turnusplanene er utarbeidet slik at det for hver dag skal være en sykepleier og en helsefagarbeider til stede på alle vakter.

Utfordringen knyttet til den planlagte kompetansedekningen oppstår ved uforutsett fravær, for eksempel ved sykdom.

Dette gjør det vanskelig å finne en erstatter med samme kompetanse. Konsekvensen kan være at en fagstilling – for eksempel fraværet til en helsefagarbeider – må dekkes inn av personell med lavere formell kompetanse, som en assistent. Dette medfører en reduksjon i den reelle kompetansen på vakt.

5.6 REKRUTTERINGSUTFORDRINGER OG VIRKEMIDLER

Rekruttering av både sykepleiere og helsefagarbeidere oppleves som krevende, en utfordring som har vært spesielt fremtredende det siste året. Vanskene knyttes i stor grad til logistikk, da ferjetider og turnusordninger vanskeliggjør pendling for fastlandsboende. Dette har resultert i at enkelte stillinger har måttet utlyses flere ganger.

Kommunen har iverksatt en rekke rekrutteringstiltak. Disse er særlig konsentrert om sykepleiere, som har vært den mest utfordrende profesjonen å rekruttere:

- **Lønn og Ansiennitet:** Nyansatte sykepleiere tilbys umiddelbart 8 års ansiennitet (uavhengig av tidligere erfaring) og, ifølge intervjuobjekter, er kommunen best i Rogaland på sykepleierlønn.
- **Bonus og Bolig:** Det tilbys signeringsbonus og subsidiert leilighet de første to årene.

I tillegg har kommunen iverksatt bredere tiltak som bruk av rekrutteringsbyrå og en promoteringsfilm om arbeidslivet. Det legges også vekt på å fremheve den gode grunnbemanningen i stillingsutlysninger.

I mail per 26.08.2025 får vi opplyst av kommunalsjefen for helse, velferd og omsorg at kommunen har flere grep for å fylle vakante stillinger.

For det første kan kommunen slå sammen mindre deltidsstillinger til større stillinger dersom det er behov. Dette gjør stillingen mer attraktiv, og øker sannsynligheten for at en person med den nødvendige kompetansen søker.

For det andre kan kommunen tilrettelegge stillinger for å kunne ansette. Dette gjelder endring av arbeidsoppgaver knyttet til stillingen. For eksempel kan kommunen tilrettelegge for at en sykepleier de ansetter ikke er en del av bakvaksordningen. Fra intervju fremkommer det at dette har de gjort med en av sykepleierne. Det er også blitt diskutert om de kan ta vekk bakvakten fra utlysninger.

For det tredje har kan kommunen omdisponere personell fra psykisk helse til kombisenteret for å dekke den ledige stillingen. Dette er en kortvarig løsning som kun benyttes frem til fast ansettelse er foretatt

For det fjerde kan kommunen benytte seg av bemanningsbyrå dersom det er behov. I intervjuene blir det pekt på at dette kan være en dyr og dårlig løsning i lengden, selv om det vil kunne være nødvendig i en akutt situasjon.

5.7 PLAN FOR FREMTIDIG DIMENSJONERING AV HELSE

Uavhengig av om rekrutteringen lykkes eller ikke, er det viktig å ha en klar forståelse av virksomhetens kompetansebehov. Dette gjør det mulig å sikre at organisasjonen har den nødvendige kompetansen – enten gjennom rekruttering eller ved å utvikle kompetansen hos eksisterende medarbeidere.

I forbindelse med kommunestyremøtet i juni 2024 ba kommunestyret administrasjonen om at det «utredes en helhetlig plan for dimensjonering av fremtidig Helse, velferd og omsorg, som inkluderer tilstandsrapport av kombisenteret» (sak 41/24). Kommunestyret innvilget kr 250 000 til arbeidet med fremtidig dimensjonering av helse i handlings- og økonomiplanen for 2025-2028.

I samarbeid med Komposium utvikling AS leverte administrasjonen et forslag til projektskisse til behandling i kommunestyret september 2025. Skissen ble vedtatt tatt til etterretning (sak 51/25). Projektskissen foreslår utarbeidelse av en plan som vil ta utgangspunkt i dagens situasjon, og i behovene fremover for de sykeste innbyggerne med behov for ressurskrevende situasjoner langt oppe i omsorgstrappen. Planen skal omtale:

- Hvilke helsetjenester det vil være behov for i fremtiden
- Hvordan disse tjenestene skal organiseres
- Hvilken kompetanse de ansatte vil trenge

- Behov knyttet til inventar og utstyr

Det vises også i skissen til at det påbegynte arbeidet med en egen kompetanseplan for ansatte innen helse, velferd og omsorg kan først fullføres når kompetansebehovet er kartlagt (se punkt 3 over).

Planen vil ifølge prosjektskissen si noe om behovet i tidsrommet frem til Rogfast åpner i 2033, men også ha et blikk på årene frem til 2050. Planen skal legges frem for kommunestyret høsten 2026.

5.8 BEHOLDE (DVS. TURNOVER)

Med «turnover» sikter vi til andelen ansatte som slutter fra ett år til et annet. Tabellen under viser turnover for de siste 4 årene.

Tabell 3, *Oversikt over turnover*

År	Antall årsverk	Antall ansatte	Antall sluttet	Turnover i %
2021	15,3	28	1 ¹³	3,5 %
2022	16,2	25	3	12 %
2023	19,41	32	2	6,2 %
2024	21,9	33	2	6 %

Kilde: *Kvitsøy kommune*

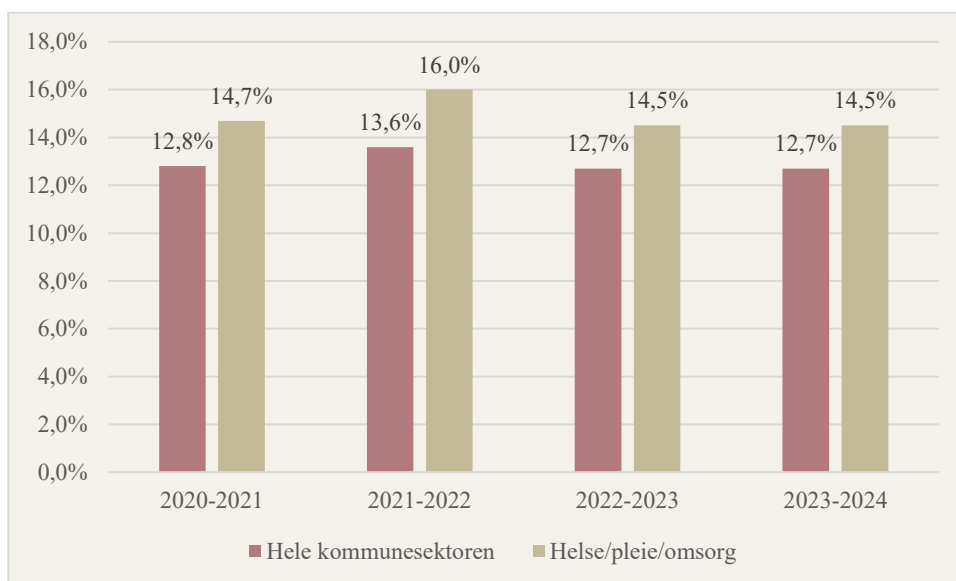
Turnoveren for 2024 ved sykehjemmet, omsorgsboligene og hjemmetjenesten var på 6 %. Gjennomsnittlig turnover for hvert år i tidsperioden 2021-2024 er 6,9 %.

Hva er vanlig turnover i andre kommuner?

For å sammenligne Kvitsøys tall på turnover, ser vi i neste figur på hva som er vanlig turnovernivå for norske kommuner.

¹³ Vedkommende gikk av med pensjon.

Figur 12, *Andel ansatte per 1.12. for hvert år som ikke var ansatt i kommunal sektor per 1.12. påfølgende år*



Kilde: KS

Kvitsøy kommunes pleie- og omsorgstjeneste kjennetegnes av en lav turnover.

Turnovergraden i 2024 var markant lavere enn landsgjennomsnittet for helse- og omsorgssektoren.

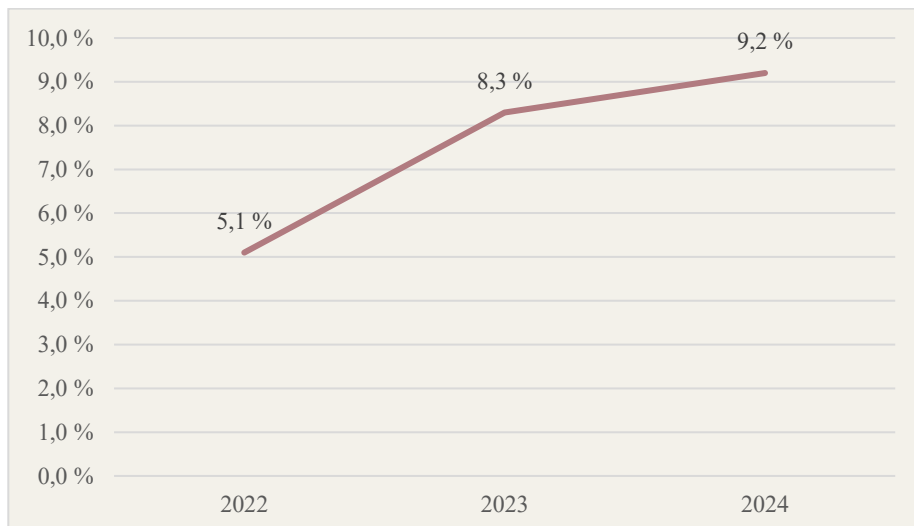
Riktignok gjelder de nasjonale tallene for helse og omsorg, og det er dermed ikke direkte sammenlignbart. Vi mener likevel det gir et nokså godt bilde av forskjellene.

Vi får opplyst at den gjennomsnittlige ansettelsestiden for ansatte innen helse, velferd og omsorg er 15,4 år. Denne høye ansienniteten tilskrives blant annet at kommunen oppleves som en fleksibel arbeidsgiver som aktivt jobber for å beholde sine ansatte.

5.9 SYKEFRAVÆR

Av figuren under kan vi se at sykefraværet har økt fra 5,1 % i 2022 til 9,2 % i 2024.

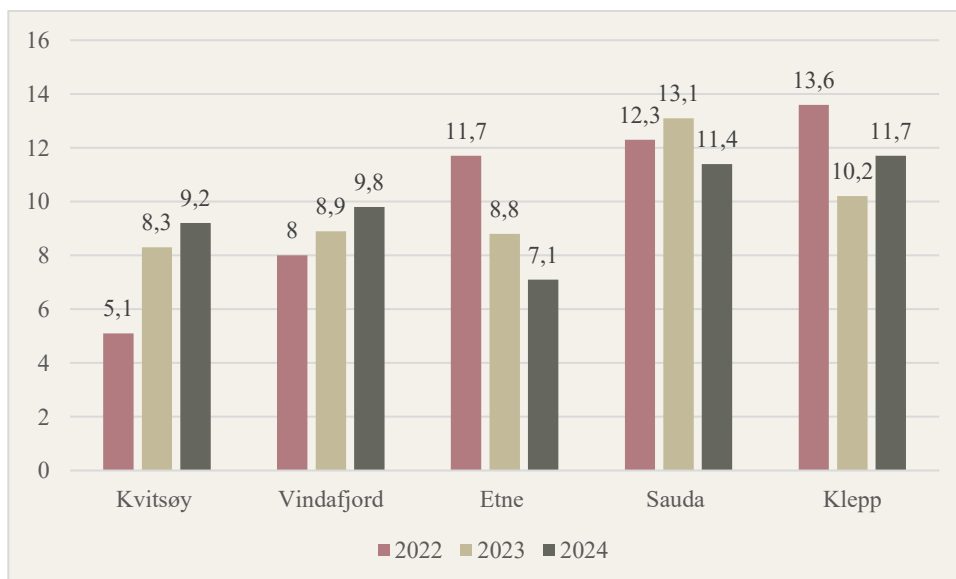
Figur 13, *Totalt sykefravær*



Kilde: *Kvitsøy kommune*

Parallelt med denne forvaltningsrevisjonen i Kvitsøy kommune er det blitt gjennomført forvaltningsrevisjoner med tilsvarende tematikk i andre Rogalandskommuner. For å vurdere sykefraværstallene for Kvitsøy nærmere, sammenligner vi sykefravær med pleie- og omsorgstjenesten i disse andre kommunene.

Figur 14, *Sammenligning av sykefravær innen pleie og omsorg (i prosent)*



Kilde: *Etne kommune, Vindafjord kommune, Sauda kommune, Klepp kommune, Kvitsøy kommune*

Til tross for at sykefraværet innen pleie og omsorg har økt kraftig i Kvitsøy, er sykefraværet fortsatt relativt lavt sammenlignet med de andre kommunene.

Vi får opplyst at det egenmeldte fraværet har vært på 0,3 prosent det siste året. Legemeldt fravær utgjør imidlertid den største utfordringen og kan tidvis føre til et høyt prosentfravær (eksempelvis 15 % i august).

5.10 VURDERING

Kapasitet og kompetanse er tilstrekkelig

Kvitsøy kommune har lave pleie- og omsorgsutgifter sammenlignet med deres KOSTRA-gruppe (21 377 kr mot 35 104 kr per innbygger korrigert for utgiftsbehov). Kvitsøy har også en lav andel årsverk per bruker sammenlignet med KOSTRA-gruppen (0,34 mot 0,44). Dette viser at kommunen har en lav ressursinnsats per bruker sammenlignet med andre kommuner. Samtidig oppleves grunnbemanningen blant de intervjuede som god. Grunnbemanningen er også økt betydelig siden 2023 (med 3,24 årsverk). Kommunen virker også å ha god dekning på både helsefagarbeidere og sykepleiere, selv om rekruttering til tider har vært utfordrende.

Ved gjennomgang av utvalgte indikatorer fra brukerundersøkelsen som vi mener har å gjøre med de ansattes kompetanse, viser resultatene gjennomgående høy score. De fleste har svart «helt enig» (6 på skalaen) på de fleste av påstandene, og gjennomsnittlig score for disse indikatorene er 5,38.

I vurderingen av kommunens kapasitet og kompetanse innen pleie og omsorg er det relevant å se på utviklingen i vikarbruken. Kvitsøy kommune har redusert de samlede utgiftene til vikarbruk betydelig i perioden 2023–2025, fra om lag 6,8 MNOK til om lag 2,5 MNOK. Reduksjonen skyldes i hovedsak en kraftig nedgang i bruken av vikarbyrå, som i samme periode er redusert fra om lag 5 MNOK til om lag 0,3 MNOK.

Samtidig har utgiftene til intern vikarbruk økt noe, fra om lag 1,8 MNOK til om lag 2,2 MNOK. Dette indikerer at kommunen i større grad dekker kortsiktige bemanningsbehov gjennom egne ansatte fremfor ekstern innleie. Utviklingen må ses i sammenheng med økt bemanning i organisasjonen, og understøtter vurderingen av at kommunen har styrket sin interne kapasitet og dermed redusert avhengigheten av kostbar ekstern vikarbruk.

Lav turnover

Det er også en lav turnover i pleie- og omsorgstjenesten i Kvitsøy, sammenlignet med andre kommuner (for 2024: 6 % mot 14,5 %). At Kvitsøy har en stabil arbeidsstokk, minsker behovet for rekruttering og gir økt kontinuitet i tjenestene.

Andel med helsefaglig utdanning

Kvitsøy kommune har en litt høyere andel årsverk med helsefagutdanning enn gjennomsnittet i KOSTRA-gruppen (64,7 % mot 63,8 %). I tolkningen av disse tallene er det også viktig å vektlegge at Kvitsøy er en liten kommune hvor små endringer kan gi store prosentvise utslag.

Sykefravær

Til tross for at tjenesten har en velfungerende grunnbemanning i normalsituasjoner, påpeker de ansatte en strukturell sårbarhet ved fravær. Dette skyldes kommunens beskjedne størrelse, som begrenser muligheten for intern omdisponering og gjør driften sårbar for svingninger i personellkapasiteten. Sykefraværet i Kvitsøys pleie- og omsorgstjeneste er lavere enn det er i tilsvarende tjenesteområde i Sauda, Vindafjord og Klepp. Det må likevel understrekes at trenden i Kvitsøy kommune viser et stigende sykefravær mellom 2021 til 2024. Dette mener vi må tas på alvor. Lavt sykefravær er viktig for kontinuitet i tjenestene og sikre fortsatt lav bruk av vikarbyrå. Samtidig må det tas forbehold om at det er små forhold, og at langtidsfravær gir store utslag i statistikken.

Kommunens virkemidler dersom den ikke klarer å rekruttere nødvendig kompetanse

Kommunen har tidligere hatt problemer med rekruttering av spesielt sykepleiere. Senest sommeren 2025 er det blitt slått sammen flere stillinger for å redusere vakansen og få best mulig oppdekningsgrad. I handlings- og økonomiplanen for 2026-2029 vises det imidlertid til at alle stillinger ved kombisenteret er besatt, etter en periode med ledige stillinger våren 2025.

Helse, velferd og omsorg har i dag godt kvalifiserte medarbeidere, men den demografiske utviklingen, med flere eldre og færre unge, vil skape et økt kompetansebehov fremover. En sentral utfordring er å overføre kompetanse og ressurser fra oppvekst- til pleie- og omsorgssektoren. Kommuner mangler ofte detaljert kunnskap og konkrete planer for å håndtere dette skiftet.

For å møte det fremtidige kompetansegapet, bør kommunen rette oppmerksomheten mot å beholde og rekruttere personell på tvers av tjenesteområdene Helse og velferd og Oppvekst.

Kommunens virkemidler dersom den ikke klarer å rekruttere nødvendig kompetanse er samtidig flere. Kommunen kan blant annet forsøke å gjøre den vakante stillingen mer attraktiv ved å slå sammen mindre deltidsstillinger til en større stilling. I tillegg kan de også tilrettelegge stillinger ved endring av arbeidsoppgaver knyttet til den, for eksempel at bakvaksordningen ikke inngår i stillingen. I siste instans kan kommunen benytte seg av bemanningsbyrå. I denne sammenheng

bør det trekkes frem at Kvitsøy kommune har redusert utgiftene til vikarbyrå fra ca. 5 MNOK i 2023, til ca. 591 000 kr i 2024, og ca. 300 000 i 2025.

6 UTNYTTELSE AV KAPASITET OG KOMPETANSE

I dette kapittelet besvares følgende problemstilling:

- I hvilken grad utnyttes den samlede kapasiteten og kompetansen på en god måte?

6.1 REVISJONSKRITERIER

Som påpekt i kap. 1.4: Revisjonskriterier er elementer som inneholder krav eller forventninger, og vil bli brukt til å vurdere funn i de undersøkelser som gjennomføres. Kriteriene er dermed standarden som vi skal måle kommunens praksis opp mot.¹⁴

I likhet med framgangsmåten i kapittel 5 vil vi også foreta sammenligninger av Kvitsøy kommune med både nærliggende og sammenlignbare kommuner. Dette gjelder både for kompetanse og kapasiteten i kommunens helse- og omsorgstjenester.

Som nevnt i forrige kapittel skal kommunen ifølge helse- og omsorgstjenesteloven (hol.) sørge for at personer som er i kommunen, tilbys nødvendige helse- og omsorgstjenester. Kommunen må også «planlegge, evaluere og korrigere virksomheten, slik at tjenestenes omfang og innhold er i samsvar med krav fastsatt i lov eller forskrift», jf. hol. § 3-1. I hol. §4-1, bokstav d, heter at kommunen skal tilrettelegge slik at «tilstrekkelig fagkompetanse sikres i tjenestene».

Å sikre at en utnytter kompetanse og kapasitet på en god måte er her sentralt. Sitatet over fra hol. § 3-1 har også et tilsvarende i forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten. Her gir §§ 6-9 mer detaljerte beskrivelser av plikten til å planlegge, gjennomføre, evaluere og korrigere virksomhetens aktiviteter, blant annet krav om intern oversikt og planlegging knyttet til «mål, oppgaver, aktiviteter og organisering». Ut fra dette må kommunen og dens virksomheter innrette tjenestetilbudet sitt på en god og hensiktsmessig måte, slik at en kan benytte begrensede ressurser best mulig.

Samme sted heter det også at kommunen og dens virksomheter skal «ha oversikt over medarbeideres kompetanse og behov for opplæring». Krav til slik kompetanseheving er også angitt i hol. Her står det i § 8-1: «Enhver kommune plikter å medvirke til undervisning og praktisk opplæring av helsepersonell, herunder videre- og etterutdanning».

¹⁴ Samme sted begrunnet vi også hvorfor vi ikke utleder revisjonskriterier til siste problemstilling om hvilke virkemidler kommunen har til rådighet: Dette er en rent beskrivende problemstilling. Derfor har vi verken målinger, vurderinger eller anbefalinger av dette i rapporten, men tar opp ulike virkemidler underveis.

Videre heter det i § 8-2: «Kommunen skal sørge for at egne ansatte som utfører tjeneste eller arbeid etter loven her, får påkrevd videre- og etterutdanning».

Disse kravene i lov og forskrift undersøker vi nærmere ved å rette et særlig fokus på en rekke utvalgte elementer eller indikatorer, jf. deloverskriftene nedenfor:

Heltids- og deltidsstillinger

Riksrevisjonens (2018) undersøkelse av tilgjengelighet og kvalitet i eldreomsorgen pekte på at mye bruk av deltidarbeid er negativt for informasjonsutvekslingen og for å oppdage endringer i brukerens helsetilstand. De peker på at brukere og pasienter foretrekker å forholde seg til færre ansatte, og at en større andel heltidsansatte vil blant annet kunne gi bedre lærings- og fagmiljøer, bedre utnyttelse av arbeidskraft og mer kontinuitet i kontakten med brukerne.¹⁵

Helsepersonellkomisjonens (2023) utredning *Tid for handling* peker på at uønsket deltidarbeid er uønsket for alle parter: Deltidsstillinger hindrer faglig og sosial utvikling på arbeidsplassen, gir dårligere innsikt i kollegers kompetanse og gir mindre kunnskap om pasientene og brukerne. Kommissjonen understreker samtidig at den enkelte ansatte kan ha et ønske om å jobbe deltid, og at muligheten til å jobbe deltid faktisk kan gjøre en jobb i sektoren mer attraktiv for noen.

Organisering av arbeidet

Ifølge Kvitsøy kommunes helse- og omsorgsplan er den overordnede strategien «LEON» - Lavest Effektive OmsorgsNivå. Dette er en målsetting om å tilby tjenestene på et lavest mulig nivå. Ved å ha ulike nivå av tjenestetilbud vil tilbudet kunne tildeles ut fra det hjelpebehov den enkelte har.

I denne sammenheng er det sentralt for den samlede utnyttelsen av kapasitet og kompetanse at det foregår differensiering og spesialisering, tilpasset oppgavene som skal gjøres og tilbudet som skal gis. Viktige tiltak kan være å spesialisere sykepleiernes og helsefagarbeidernes ansvars- og ansvarsområde, samt innføre en sterkere differensiering mellom yrkesgruppenes oppgaver.

Muligheter for kompetanseheving

Kommunen har en plikt til å sørge for at ansatte får nødvendig undervisning, praktisk opplæring og videre- og etterutdanning til å utføre sitt arbeid. Dette er fastslått i hol., henholdsvis §8-1, første ledd:

¹⁵ Riksrevisjonen – Undersøkelse av tilgjengelighet og kvalitet i eldreomsorgen (2018)

«Enhver kommune plikter å medvirke til undervisning og praktisk opplæring av helsepersonell, herunder videre- og etterutdanning» og i §8-2 første ledd: «Kommunen skal sørge for at egne ansatte som utfører tjeneste eller arbeid etter loven her, får påkrevd videre- og etterutdanning».

Ifølge Helsepersonellkommissjonen er personellens kvalifikasjoner og kompetanse en viktig forutsetning for å få gode og effektive helse- og omsorgstjenester:

«Behovet for omstilling, sammen med høy innovasjonstakt i helse- og omsorgstjenestene, krever at personellet har oppdatert kompetanse om kunnskapsbasert fagutvikling, nye teknologiske løsninger, bruk av digitale verktøy og nye arbeidsformer. Derfor trengs det et fortløpende, systematisk arbeid med kompetanseutvikling og livslang læring for ansatte i helse- og omsorgstjenesten».¹⁶

I helse- og omsorgsplanen til Kvitsøy blir behovet for kompetanseheving sett i sammenheng med forventede utfordringer i årene fremover. Det står blant annet at «i sammenheng med økt tjenestebehov vil det i årene framover også være økt behov for ansatte med ulik helsefaglig bakgrunn». Videre står det at «Kvitsøy ønsker å ha en helsesektor med høy faglig kompetanse», og at «tilrettelegging og mulighet til videreutdanning er veletablert i kommunen».

Ut fra dette er følgende revisjonskriterier utledet:

- Pleie- og omsorgstjenesten i Kvitsøy kommune utnytter kompetansen og kapasiteten innad på tvers av de ulike avdelingene på en god måte
- Kommunen arbeider systematisk med kompetanseheving av de ansatte innen pleie- og omsorgstjenesten
- Heltidsstillinger i pleie- og omsorgstjenestene har høy prioritet.

¹⁶ Tid for handling (2023, s. 13)

6.2 HELTID OG DELTID

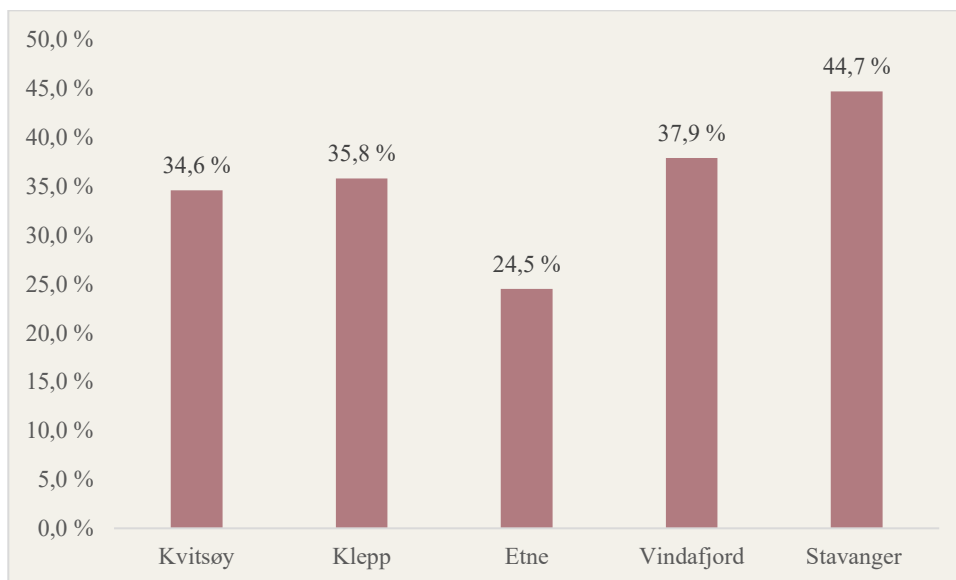
Tabell 4, *Oversikt over heltidsandel sentraladministrasjon, sykehjem, hjemmetjeneste og omsorgsboliger Kvitsøy kommune*¹⁷

Antall ansatte	Antall heltid	Heltidsandel
26	9	34,6 %

Kilde: *Kvitsøy kommune*

Heltidsandelen i Kvitsøys pleie- og omsorgstjeneste er på 34,6 %. Det er da medregnet de turnusansatte på kombisenteret i tillegg til kommunalsjef for helse, omsorg og velferd samt avdelingsleder for sykehjem og hjemmetjenesten.

Figur 15, *Heltidsandel i Kvitsøy sammenlignet med et utvalg andre Rogalandkommuner*



Kilde: *Kvitsøy kommune, Klepp kommune, Etne kommune, Vindafjord kommune, Stavanger kommune*

Figuren viser Kvitsøys heltidsandel sammenlignet med heltidsandelen i institusjon og hjemmetjeneste i andre Rogalandkommuner som har vært omfattet av våre prosjekter innen

¹⁷ En av de ansatte har en stillingsandel på 98,24 %. Denne er regnet som en deltidsstilling siden KS i sine nasjonale tall har definert heltid som en stillingsandel på 100 %. Men 98,24 % er tilnærmet en heltidsstilling. Hvis dette defineres som en heltidsstilling er heltidsandelen 38,4 %.

pleie og omsorg i 2025. Figuren viser at Kvitsøys heltidsandel er lavere enn i flere av de andre kommunene.

Ifølge enkelte av de intervjuede så er det noen av de ansatte som ønsker å øke sine stillinger, men at det ikke er mulig å øke alle samtidig siden det er et visst antall årsverk som de har til rådighet. Det blir også trukket frem at en utfordring med å jobbe døgndrift er at man er nødt til å ha noen deltidsstillinger for å få timeantall til å gå opp. Samtidig fremheves det at over 80 % av de ansatte har en stillingsandel på over 75 %. Alle sykepleierne er også per dags dato i 100 % stilling.

6.3 SPESIALISERING OG DIFFERENSIERING

Intervjuene tyder på at den sentrale utfordringen i Kvitsøy kommune er at den praktiske rammen vanskeliggjør optimal utnyttelse av den helsefaglige kompetansen. Intervjuene og en gjennomført kartlegging bekrefter at det ikke er tilstrekkelig volum av rene sykepleieroppgaver (som medisinhåndtering eller avanserte sårstell) til å etablere en streng oppgavedifferensiering. Daglig praksis er derfor at sykepleierne må utføre sine fagspesifikke oppgaver samtidig som de deltar i utførelsen av alle øvrige praktiske oppgaver. Det pekes på at dette skaper en grunnleggende ulikhet i oppgavefordelingen, da assistenter og helsefagarbeidere ikke kan overta sykepleieroppgavene, mens sykepleierne må påta seg de praktiske oppgavene.

Kommunalsjefen for helse, velferd og omsorg i kommunen har vært i kontakt med Sandnes kommune for å se hvordan de løser spesialiseringen og differensieringen av arbeidsoppgaver mellom de ulike faggruppene der. I Sandnes kommune skal de ansette «fasilitatorer» som skal gjøre alt av praktiske oppgaver som ikke behøver noen helsefaglig kompetanse. Dette mener kommunalsjefen for helse, velferd og omsorg hadde vært interessant å prøve på Kvitsøy, men at han tror ikke de vil klare å skaffe nok arbeid til en person. Det vises også til at helsefaglige vurderinger i forkant og etterkant av oppgaver, som for eksempel ved å sette insulin, krever en spesiell fagkompetanse.

I intervjuene blir det også vektlagt at organisering i fremtiden vil bli viktig. Det pekes på at med endrede behov vil kommunen måtte se på hvordan den er organisert. Det nevnes for eksempel at det vil være et økt behov for forebyggende tjenester som fysioterapi og ergoterapi i fremtiden. Det vil også bli et økende behov for palliativ behandling og demensomsorg. Fremtidig dimensjonering av helse er en del av arbeidet med å se på fremtidig dimensjonering (se kap. 5.7).

6.4 KOMPETANSEHEVING

6.4.1 SYNSPUNKTER FRA DE ANSATTE

Fra intervjuene fremgår det at kommunen mottar midler fra statsforvalteren til kompetanseheving. Kommunen har blant annet gjennomført ABC-opplæringen for demensomsorg og har kurs innen hjerte-lunge-redning hvert år.

Flere av de intervjuede opplever også at det er god oppslutning om de ulike tiltakene, og at det er mange tilbud. Siden det ikke er spesielt mange ansatte, kan ikke alle kurser samtidig. Dermed får ofte noen ansvar for å gå på kurs og videreformidle det de lærte til de andre ansatte.

Den gode grunnbemanningen mener enkelte også er noe som gir tid til faglig utvikling – og at dette er noe som skiller Kvitsøy fra andre kommuner.

Vi få opplyst at det for øyeblikket er to sykepleiere som tar master. Kommunen har ordninger som at de som studerer eller øker kompetanse sin får tilrettelagt med vaktene deres eller får fri når de har eksamen eller lesedager.

I tillegg har Kvitsøy en stipendordning for videreutdanning og tilbud om studentlønn. Ifølge Norsk sykepleierforbund (NSF) har Kvitsøy en av de økonomisk raueste stipendordningene for sykepleierstudenter i Rogaland.¹⁸ Sykepleierstudenter i kommunen mottar et stipend på 48 000 kr med vilkår om at de jobber hver tredje helg og fire uker om sommeren – i tillegg til to års bindingstid etter endt utdanning.¹⁹

6.5 VURDERING

Vårt hovedinntrykk er at den samlede kapasiteten og kompetansen utnyttes på en god måte. Våre vurderinger er basert på summen av følgende forhold som er undersøkt i dette kapitlet:

Spesialisering og differensiering

Intervjuer og kommunens egen kartlegging viser at det i dag ikke er tilstrekkelig volum av rene sykepleieroppgaver til å etablere en mer omfattende oppgavedeling mellom sykepleiere og helsefagarbeidere. Som en liten kommune med begrenset tjenestevolum har Kvitsøy i praksis behov for at sykepleiere deltar i både fagspesifikke og mer generelle oppgaver. Kommunen har vurdert om helsefagarbeidere i større grad kan overta sykepleieroppgaver, men har kommet frem til at dagens organisering i hovedsak er hensiktsmessig og gir lite rom for ytterligere oppgavedeling uten at det går på bekostning av kvalitet eller effektiv ressursbruk. Samtidig innebærer denne organiseringen at sykepleierne i større grad må utføre oppgaver som også kunne vært løst av andre faggrupper, noe som i perioder kan gi en skjevhet i oppgavebelastningen. Vurderingen tilsier likevel at dette er en konsekvens av kommunens størrelse og ikke et uttrykk for manglende bevissthet rundt oppgavedeling

¹⁸ Kun Strand kommune tilbyr et høyere beløp (50 000 kr).

¹⁹ [NSF stipendordninger Rogaland](#)

Det anbefales ikke å endre dagens oppgavedeling mellom sykepleiere og helsefagarbeidere på nåværende tidspunkt. Samtidig kan det være hensiktsmessig at kommunen, ved framtidige endringer i bemanning, tjenestebehov eller ved økt fravær, vurderer om enkelte klart avgrensede oppgaver kan løses av helsefagarbeidere innenfor gjeldende regelverk og kompetansekrav. En slik vurdering bør bygge på ny kartlegging av oppgavevolum og kompetansebehov

Heltidsandel

Av 26 ansatte jobber 9 heltid. Det er positivt at alle sykepleierne per dags dato er i 100 % stilling. Samtidig er samlet heltidsgrad på 34,6 %, og dette er lavere enn i flere av de andre kommunene vi har undersøkt (Sauda, Vindafjord, Klepp). En større grad av heltidsandel vil kunne gi større kapasitet, uten samtidig å øke antallet ansatte. Det vil også kunne gi en mer stabil bemanning, og redusert sårbarhet ved fravær.

Kompetansehevingsmuligheter

Kommunen mottar midler fra Statsforvalteren for å gjennomføre kompetansehevingstiltak. Flere av de intervjuede mener også at det er god oppslutning om de ulike tiltakene, og at det er mange tilbud.

Enkelte trekker også frem den gode grunnbemanningen i denne sammenhengen. Dette er noe som gir mer tid til faglig utvikling for de ansatte.

I tillegg har Kvitsøy kommune en stipendordning for videreutdanning og tilbud om studentlønn. Stipendordningen for sykepleierstudenter er også en av fylkets økonomisk gunstigste.

Kommunen har ikke en egen kompetanseplan med en oversikt over aktuelle kurs og plan for intern opplæring. Vi vurderer det samtidig som positivt at denne er under arbeid og vil bli ferdigstilt etter fullføringen av *fremtidig dimensjonering av helse*.

7 KONKLUSJON OG ANBEFALINGER

Vi mener at den samlede kompetansen og kapasiteten i kommunen er tilstrekkelig til å ivareta brukerne sine behov pr. dags dato. I tillegg ser vi at kommunen i all hovedsak utnytter kompetansen og kapasiteten på en god måte.

Indikatorer som omhandler blant annet utdanning, brukertilfredshet, turnovergrad, og vikarutgifter støtter dette og peker i positiv retning for Kvitsøy kommune: andel med helsefaglig utdanning er på nivå med KOSTRA-gruppe 16, brukerundersøkelsen viser tilfredse brukere, turnoveren er lav og vikarutgifter er redusert.

Forbedringsområdet vi finner omhandler rekruttering. Dette er en utfordring for kommunen. Kvitsøy kommune bør også på sikt få på plass en kompetanseplan, men vi har oppfattet at denne skal ferdigstilles etter arbeidet med *fremtidig dimensjonering av helse*. Vi anbefaler kommunen følgende:

- Styrke innsatsen for å rekruttere og beholde personell på tvers av sektorene for å sikre best mulig ressursutnyttelse.
- Motivere flere ansatte til å velge større stillinger.

8 GJENNOMGANG AV BRUKERUNDERSØKELSE

I dette kapittelet gjennomgår vi resultatene fra brukerundersøkelsen fra våren 2025. Respondentene fra brukerundersøkelsen er brukere ved hjemmetjenesten, omsorgsboligene og sykehjemmet. Vi har inndelt undersøkelsens påstander etter ulike kategorier. Vi presenterer hver kategori med påstander i et eget delkapittel. Kategoriene er «medvirkning og selvbestemmelse», «informasjon, kommunikasjon og samhandling», «mat og måltider» og «aktiviteter og sosialt liv». Kategorien «kompetanse» er allerede presentert i kapittel 6.4.

Vi presenterer både antall respondenter som har svart, total score og gjennomsnittlig score for hver påstand. Det var totalt 15 brukere som svarte på undersøkelsen.

Til slutt har oppsummerer vi inntrykkene fra brukerundersøkelsen.

8.1 MEDVIRKNING OG SELVBESTEMMELSE

Tabell 5, *Indikatorer fra brukerundersøkelse – medvirkning og medbestemmelse*

Påstand	Antall respondenter svart	Total score	Gjennomsnittlig score
Jeg får hjelp til å kontakte frisør ved behov	10	52	5,20
Jeg får hjelp til å kontakte tannlege ved behov	10	53	5,30
Det tas hensyn til mine ønsker i f.t døgnyrtmen, dvs. når jeg ønsker å stå opp,	11	54	4,91
Jeg kan gjøre avtale med primærkontakt / avdelingsleder ved behov	10	48	4,80

Kilde: *Kvitsøy kommune*

De fleste av respondentene er enten enige eller helt enige i påstandene som omhandler medvirkning og medbestemmelse.

8.2 INFORMASJON, KOMMUNIKASJON OG SAMHANDLING

Tabell 6, *Indikatorer fra brukerundersøkelse – informasjon, kommunikasjon og samhandling*

Påstand	Antall respondenter svart	Total score	Gjennomsnittlig score
Jeg har fått nødvendig informasjon ved inntakssamtale	12	64	5,33
Informasjonen ble gjennomgått med meg på en forståelig måte	12	62	5,17
Jeg har fått informasjon om hvem som er min primærkontakt her	12	48	4,00
Jeg synes de ansatte opptrer høflig overfor meg	15	83	5,53
Jeg synes de ansatte gir meg hjelp på en respektfull måte	14	75	5,36
Primærkontakt-ordningen er nyttig for meg	11	52	4,73
Jeg opplever at de ansatte tar hensyn til mine ønsker og behov i forhold til bistand	14	77	5,50
Jeg synes førstegangssamtalen/de avtalte samtaler er nyttig for meg	10	44	4,40
Jeg har fått avklart mine forventninger til tjenestene her gjennom samtalen(e) jeg har hatt	12	59	4,92
Jeg er kjent med min pasientplan/ den plan for hjelp og bistand som er laget for meg	14	63	4,50
Jeg opplever at jeg og de ansatte kommer godt overens	13	72	5,54
Jeg opplever at det er et godt samarbeid mellom mine pårørende og de ansatte	12	66	5,50

Kilde: *Kvitsøy kommune*

Tilbakemeldingene tyder på at brukerne i all hovedsak er fornøyde med kommunikasjon og samhandling, men at det kan se ut til at det er et forbedringspotensial knyttet til informasjon:

Informasjon om hvem som er primærkontakt, førstegangssamtalene og kjennskap til pasientplan er de indikatorene som får lavest score.

8.3 MAT OG MÅLTIDER

Tabell 7, *Indikatorer fra brukerundersøkelse – mat og måltider*

Påstand	Antall respondenter svart	Total score	Gjennomsnittlig score
Jeg får nok mat i løpet av døgnet	12	72	6
Maten jeg får er appetittvekkende	12	65	5,42

Kilde: *Kvitsøy kommune*

Alle av respondentene er helt enig i påstanden om at «jeg får nok mat i løpet av døgnet». En overveiende majoritet er også enige i at maten de får er appetittvekkende.

8.4 AKTIVITETER OG SOSIALT LIV

Tabell 8, *Indikatorer fra brukerundersøkelse – aktiviteter og sosialt liv*

Påstand	Antall respondenter svart	Total score	Gjennomsnittlig score
Jeg får tilpassede aktiviteter i forhold til mine ønsker og min kapasitet	10	52	5,20
Jeg får tilbud om å komme ut i frisk luft minimum en gang pr. uke	9	32	3,56
Jeg får tilbud om tilpasset fysisk aktivitet og trening	9	37	4,11
Jeg har gode muligheter til å delta i sosiale og kulturelle arrangement som foregår her	11	62	5,64
Det tas hensyn til min tro/mitt livssyn her	11	65	5,91

Kilde: *Kvitsøy kommune*

Vi ser at indikatorene frisk luft og tilpasset fysisk aktivitet og trening har signifikant lavere gjennomsnittsskår enn de øvrige undersøkte faktorene, som ellers ligger på et jevnt høyt nivå. Dette kan tyde på at Kvitsøy kommune har et forbedringspotensial her.

8.5 OPPSUMMERING

Hovedinntrykket er at brukerne er veldig fornøyde med pleie- og omsorgstjenestene i Kvitsøy.

Til tross for den generelt høye tilfredsheten, utpeker to områder seg med signifikant lavere gjennomsnittsskår enn de øvrige undersøkte faktorene. Dette gjelder indikatorene for frisk luft og tilpasset fysisk aktivitet og trening, noe som indikerer at det er et forbedringspotensial her. Vi ser også tilsvarende knyttet til informasjon, spesielt med hensyn til kjennskap til primærkontakt, førstegangssamtalens innhold og kunnskap om pasientplaner

KILDER

Muntlige kilder

Intervjuer:

- Kommunalsjef helse, velferd og omsorg
- Avdelingsleder sykehjem og hjemmetjenesten
- Helse- og sosialkonsulent (som også tar ekstra vakter som sykepleier i pleie- og omsorgstjenesten)
- Plasstillitvalgt Fagforbundet
- Plasstillitsvalgt Norges sykepleierforbund

Skriftlige kilder

Lover og forskrifter:

- Helse- og omsorgstjenesteloven

Statistikk:

- KOSTRA
- Framsikt
- KS
- Tallmateriale fra kommunen

Planer, rapporter og undersøkelser:

- Handlings- og økonomiplan 2025-2028
- Helse- og omsorgsplan for 2019-2024
- Undersøkelse av tilgjengelighet og kvalitet i eldreomsorgen (Riksrevisjonen, 2018)
- Tid for handling (Helsepersonellkommissjonen, 2023)
- Kompetanseplaner for institusjon og hjemmetjeneste i kommunen